Zur Differenzial-Diagnose

der

Paranoia acuta, von der acuten Verwirrtheit, und dem acuten hallucinatorischen Wahnsinn.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt der

hohen medizinischen Fakultät der Universität Basel

von

Emil Cattani,

Secundar-Arzt an der kantonalen Irrenanstalt St. Urban.

Bern.

Buchdruckerei Steiger & Cie.

1896.

Zur Differenzial-Diagnose

der

Paranoia acuta, von der acuten Verwirrtheit, und dem acuten hallucinatorischen Wahnsinn.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt der

hohen medizinischen Fakultät der Universität Basel

von

Emil Cattani,

Secundar-Arzt an der kantonalen Irrenanstalt St. Urban.

Bern.

Buchdruckerei Steiger & Cie.

1896.

Auf Antrag
des Herrn Professor Dr. L. Wille
genehmigt.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548622_0079

Einleitung und Litteratur.

Das Gebiet der funktionellen Psychosen, d. h. derjenigen geistigen Erkrankungen, denen keine, zur Zeit wenigstens nachweisbaren, charakteristischen anatomischen Veränderungen zu Grunde liegen, hat punkto Terminologie und spezieller Klassifikation in den letzten Jahren mannigfache Wandlungen durchgemacht. Die darüber geäusserten Ansichten hochverdienter Forscher gehen hier so weit auseinander, dass der Versuch gewiss gerechtfertigt ist, immer wieder hierauf zurückzukommen, um, wenn möglich, schliesslich doch eine Einigung zu erzielen.

Unbestritten ist wohl die erste grosse Unterabteilung der funktionellen Psychosen, die sogenannten Stimmungskrankheiten unter den speziellen Formen der Melancholie und Manie. Verwickelter gestalten sich die Verhältnisse bei der zweiten Gruppe, der Paranoia. Während die einen, anschliessend an die treffliche Charakteristik Mendels, den Namen Paranoia als einen grossen Sammelbegriff aller jener differenten Erkrankungen taxieren, die ausserhalb den oben genannten Stimmungserkrankungen und den organischen Formen liegen, wünschen gewichtige Stimmen der Neuzeit — und dieselben mehren sich — den Begriff

der Paranoia einzuschränken und einzelne Formen auch klinisch von derselben ganz zu trennen.

Was für eine Konfusion zur Zeit übrigens auf diesem Gebiete herrscht, beweist eine Zusammenstellung Choslins, mehr oder weniger synonimer fremdländischer Ausdrücke, für das, was von Krafft-Ebing „hallucinatorischen Wahnsinn“, Wille „Verwirrtheit“, Schüle „akuten Wahnsinn“, Meynert „Amentia“ nennt:

1. Demence aiguï (Esquirol, Briesse, de Boisemont).
2. Confusion hallucinatoire (Delasiauve).
3. Stupidité de dépression (Lasègne).
4. Délire d'inanition (Berquet).
5. Torpeur cérébrale (Ball).
6. Dysnoia (Korsakoff).
7. Délire sensoriel (Scherschenski).
8. Folie générale (Rosenbach).
9. Paranoia acuta (Weile).
10. Primary Confusional insanity (Spitzker).
11. Acute hallucinatory Confusion (Spitzker).
12. Delusional Stupor (Newington, Hayes).
13. Acute confusional insanity (Conolly, Normann).
14. Frenosi sensoria acuta (Morselli).
15. Stupidità (Morselli)

Neuerdings ist die Paranoiafrage akut geworden durch einen Vortrag von Dr. A. Kramer, zweiter Arzt der Landesirrenanstalt Eberswalde, gehalten im psychiatrischen Vereine zu Berlin am 15. Dezember 1893, veröffentlicht in der „Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie“, 31. Bd. II. Heft, unter dem Titel „Abgrenzung und Differenzialdiagnose der Paranoia.“ Nachdem dort der Verfasser in ausserordentlich klarer, erschöpfender und verdienstvoller Weise die gesamte Paranoia-Litteratur zusammengetragen hat, die es allen

einschlägigen Arbeiten leicht macht, das ganze Gebiet zu überblicken, kann ich hier die Litteratur füglich bei seite lassen. Erlaubt sei es mir nur einleitend hier auf jene Litteratur speziell aufmerksam zu machen, die seit dem Aufsatze Kramers dieses Thema behandelt hat.

In erster Linie kommen da in Betracht die drei neuesten, seither erschienenen Lehrbücher der Psychiatrie von Kräpelin, Sommer und Ziehen. Auf den eigentlichen Vortrag von Kramer und seine Schlussfolgerungen komme ich später zurück.

Kräpelin (Lehrbuch der Psychiatrie, 1893) behandelt die Paranoia sehr einlässlich und ich citiere ihn hier deshalb einlässlicher, weil seine Auseinandersetzungen zur Lösung der jetzt herrschenden Verwirrung — wie mir scheint — bahnleitend sind. Ueber Paranoia sagt er: „als Verrücktheit bezeichnen wir die chronische Entwicklung eines dauernden Wahnsystems auf konstitutioneller Grundlage, bei vollkommener Erhaltung der Besonnenheit. Die Störung liegt hier wesentlich auf dem Gebiete der intellektuellen Vorgänge, in einer krankhaften Auffassung und Verarbeitung der äussern und innern Erfahrung. Sie führt mit Notwendigkeit zu einer tiefgreifenden Umwandlung der gesamten Lebensanschauung, zu einer Verrückung des Standpunktes, welchen der Kranke gegenüber den Personen und Ereignissen seiner Umgebung einnimmt.“ Entgegen frühern Anschauungen, dass die Verrücktheit stets das sekundäre Stadium einer vorausgegangenen affektiven Geistesstörung sei, schliesst sich Kräpelin den Untersuchungen von Snell, Sander und Westphal an, welche eine primäre Verrücktheit als besondere Krankheitsform anerkennen. Für verfehlt

erachtet er aber die Aufstellung Westphals einer akuten Verrücktheit und begründet das folgendermassen: „weil durch diese Ausdehnung der Bezeichnung eine wesentliche Eigentümlichkeit der Verrücktheit — der chronisch-konstitutionelle Charakter derselben — verwischt, und so eine Anzahl durchaus von einander abweichender Krankheitsformen in dieselbe klassifikatorische Einheit hineingezwängt wird.“ Im weitern fährt Kräpelin fort: „Die genauere Zeichnung der einzelnen Krankheitsbilder, welche wir nach dieser allgemeinen Begriffsbestimmung noch in dem Gebiete der Verrückhtheit vorfinden, ist zur Zeit eine undankbare Aufgabe, da einerseits der Formenreichtum und das Vorkommen zahlreicher Uebergänge, andererseits aber der Mangel eines zuverlässigen Einteilungs-Prinzipes den klaren Ueberblick über den Stoff und die zutreffende Gruppierung der einzelnen klinischen Symptomenkomplexe ausserordentlich erschwert. Dazu kommt, dass bei dem ungemein chronischen Verlaufe der Psychose, die Zahl wissenschaftlich verwertbarer Beobachtungen, welche die ganze Entwicklung derselben vom ersten bis zum letzten Stadium umfassen, unverhältnismässig gering ist.

Drei Gesichtspunkte sind es hauptsächlich, welche sich für die Gruppierung der einzelnen Krankheitsbilder hier verwerten lassen, einmal die Ursache und der Verlauf der Krankheit, dann die Entstehungsweise der Wahnideen, sowie endlich ihr Inhalt und ihre Färbung.

Um das erste dieser Einteilungs-Prinzipien allgemein mit Erfolg in Anwendung bringen zu können, fehlt es bis jetzt noch durchaus an einer allseitigen Kenntnis der verschiedenartigen klinischen Entwick-

lungen; wenn wir auch einzelne, durch ihre Aetiologie oder ihren Verlauf ausgezeichnete Formen (originäre Verrücktheit, alkoholischer Verfolgungswahn) schon jetzt unterscheiden können. Weit besser scheint sich zunächst die Entstehungsweise der Wahnideen für die Gruppierung der Krankheitsbilder zu eignen. Entweder nämlich sind es Sinnestäuschungen, aus denen dieselben hervorgehen, oder es handelt sich um wahnhafte Kombinationen aus wirklichen Wahrnehmungen, oder endlich die krankhaften Ideen treten als rein phantastische Erfindungen ins Bewusstsein. Indessen so verschieden diese Entstehungsarten der Wahnideen auf den ersten Blick zu sein scheinen, so lehrt doch eine genauere Betrachtung, dass die Differenz in Wirklichkeit eine geringe ist. Abgesehen davon, dass im gegebenen Falle sehr häufig die einzelnen Erscheinungen sich mit einander verbinden, ist es ja unzweifelhaft, dass sie alle schliesslich ihren gemeinsamen Ursprung aus der allgemeinen Richtung des Denkens und Fühlens nehmen.“ Also auch dieses Einteilungsprinzip bietet seine Schwierigkeiten.

„Thatsächlich hat man daher bis jetzt fast immer den Inhalt und die Färbung des Wahnsystems in erster Linie als Einteilungsgrund berücksichtigt.“ Doch auch hier giebt es Mischformen und so bemerkt der Autor schliesslich, „ich sehe mich zur Zeit ausser stande, diese Schwierigkeiten in befriedigender Weise zu lösen und werde daher im grossen und ganzen der gebräuchlichen Einteilung in depressive und expansive Formen folgen, um mich bei der Definition der einzelnen Krankheitsbilder weiterhin durch die übrigen klinischen Gesichtspunkte leiten zu lassen.“

Der Paranoia gegenüber acceptiert Kräpelin ohne weiteres die Amentia Meynerts oder die Verwirrtheit Willes als Krankheitsform sui generis und taxiert sie als eine „leichtere oder tiefere Bewusstseinstrübung mit mannigfachen Reizerscheinungen auf sensorischem und motorischem Gebiete." Er will aber den Begriff „Verwirrtheit" nur für diejenigen Fälle festhalten, bei denen sich, infolge einer greifbaren, äussern Schädlichkeit akut ein Zustand traumhafter Verworrenheit und illusionärer oder hallucinatorischer Verfälschung der Wahrnehmung entwickelt, und welche frühestens nach 2 bis 3 Monaten zur Genesung führen. Als hallucinatorischen Wahnsinn dagegen bezeichnet derselbe Autor diejenigen Fälle, in denen bei völliger oder nahe völliger Klarheit des Bewusstseins, Sinnestäuschungen auftreten, welche die Grundlage eines rasch entstehenden, sich wesentlich im Bereiche der Möglichkeit haltenden Verfolgungswahns abgeben.

Sommer (Diagnostik der Geisteskrankheiten, 1894) anerkennt die Berechtigung einer Paranoia acuta, scheidet aber von derselben genau und präzis ab, die akute hallucinatorische Verwirrtheit und rechnet dazu alle jene Fälle, bei denen die zwei Komponenten, Hallucinationen und Verwirrtheit das Hauptmoment bilden. Auch der hallucinatorische Wahnsinn, meint er, müsse von der Paranoia klinisch getrennt werden. Als Definition stellt er auf, „es handelt sich dabei um eine durch Hallucinationen bedingte Wahnbildung, welche bei Wegfall der Hallucinationen ebenfalls spurlos verschwindet."

Differenzialdiagnostisch gegen Paranoia „ein Paranoischer bleibt paranoisch, auch wenn er nicht halluciniert, ein Kranker mit hallucinatorischem Wahn-

sinn dagegen wird wieder vernünftig, wenn die Hallucinationen wegfallen; bei der Paranoia sind die Hallucinationen Teilerscheinungen der Krankheit neben der Wahnbildung.“ Natürlich muss auch hier jede Möglichkeit einer Intoxikations-Erkranknng ausgeschlossen werden können. Auch Sommer anerkennt die chronisch-progressive Wahnbildung als charakteristisches Hauptmoment der Paranoia.

Ziehen (Lehrbuch der Psychiatrie, 1894) sagt über Verwirrtheit im allgemeinen: „Die Incohærenz der motorischen Aktionen ist eine Teilerscheinung der allgemeinen Dissociation und sonach Corollarsymptom der früher besprochenen Incohærenz des Vorstellungsablaufes. Man bezeichnet den daraus resultierenden Gesamtzustand auch kurz als Verwirrtheit.“

Betreffs Paranoia sagt Ziehen weiter: „Wir fassen unter den Begriff von Paranoia alle diejenigen funktionellen Psychosen zusammen, deren Hauptsymptome primäre Wahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen sind. Sind primäre Wahnvorstellungen das Hauptsymptom, so bezeichnet man die Paranoia als simplex; sind aber Sinnestäuschungen das Hauptsymptom, so bezeichnet man sie als hallucinatoria; beide teilt man weiter ein in eine akute und chronische Form. Dazu kommen noch drei wichtige Varietäten der akuten Paranoia, nämlich die: die flüchtige, die stuporöse und die incohærente Form.“

In einer Anmerkung zu dieser Ausführung heisst es dann pag. 343: „Ueber die systematische Stellung der Paranoia acuta hallucinatoria bestehen grosse Meinungsverschiedenheiten. Manche rechnen sie zur Manie; andere führen sie unter den verschiedensten Namen (Hallucinatorisches Irresein, Hallucinatorischer

Wahnsinn, Amentia etc.) als selbständige Psychose, getrennt von den übrigen Paranoiaformen auf.“ Zweifellos geht dann beim Aufzählen der oben erwähnten Paranoia Varietäten hervor, dass Ziehen dasjenige, was Kräpelin, Sommer und andere als akute hallucinatorische Verwirrtheit bezeichnen, nicht als eigene Krankheitsform auffasst — sondern dieselbe als die „incohærente Form der Paranoia mit dauernder, primärer Incohærenz“ (Dissociation) bezeichnet.

Aus ganz neuester Zeit sind noch folgende, hieher gehörig Arbeiten zu citieren.

Im Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Bd. XXVII Heft 1, veröffentlicht Dr. Ernst Beyer, II. Assistent der Psychiatr. Klinik in Strassburg, eine Arbeit, betitelt „Zur Pathologie der akuten hallucinatorischen Verworrenheit.“ Nachdem der Verfasser das bunte Symptomenbild dieser Erkrankung aufgeführt und die Erklärungsweisen der verschiedenen Autoren gewürdigt hat, kommt er zu der wichtigen Frage, wie alle diese Erscheinungen zu gruppieren seien, und welche von ihnen als Grundsymptome anzusehen und welche nur als sekundäre oder interkurrente zu betrachten seien. Die Autoren gehen darin noch sehr weit auseinander. Viele führen nur die Symptome an. Unter denjenigen, welche eine psychopathologische Analyse versucht haben, entwickeln die meisten das ganze klinische Bild von *einem* Symptome aus: „Förstner geht von den Hallucinationen aus, bei Ruben und Fritsch ist es die Unklarheit des Urteils, bei Wille und Orschansky die Bewusstseinsstörung, bei Meynert der Associationsmangel, bei Ziehen die Dissociation, die Incohærenz des Vorstellungsablaufes. Konrad hinwiederum baut das Bild der Psychose auf

zwei Grunderscheinungen auf: der Schwäche des Urteils und auf den Hallucinationen. Kräpelin definiert die Amentia als einen Zustand traumhafter Verworrenheit und illusionärer oder hallucinatorischer Verfälschung der Wahrnehmung. Drei Kardinalsymptome zählt Serbski auf: die Verwirrtheit des Bewusstseins, die Veränderlichkeit der Stimmung, und die Störung der Associationsthätigkeit. Schönthal endlich nennt als Haupterscheinungen: massenhafte Sinnestäuschungen, totale Verwirrtheit, Trübung des Bewusstseins; als weiteres inkonstantes Symptom fügt er die motorische Erregung hinzu."

Beyer meint dann weiter, so lange in der Auffassung und Benennung so wenig Einigung herrsche, sei es nicht möglich, eine genaue Definition dieser Krankheit zu geben und es werde auch hier in letzter Instanz die Anatomie des Central-Nervensystems die Basis der Psychopathologie bilden müssen. Von diesem Gedanken ausgehend, hat sich der Verfasser ein Schema konstruiert und versucht, von psychologischen Erwägungen ausgehend, das Wesen der Verworrenheit mit den anatomischen Verhältnissen des Gehirns in Einklang zu bringen. Auf die Details des sehr lehrreichen und interessanten Schemas hier näher einzugehen, ist nicht möglich; bemerkt sei nur, dass der Verfasser zu dem Schlusse gelangt, die pathologische Basis der Paranoia und der Verworrenheit sei eine verschiedene, und es lasse sich also auch von diesem Gesichtspunkte aus eine Trennung der beiden Krankheitsformen rechtfertigen.

In der „Allgemeinen Wiener Medicinischen Zeitung" Nr. 1, vom 12. März 1895, veröffentlicht auch Herr Professor von Krafft-Ebing eine klinische Vor-

lesung „Ueber akuten Wahnsinn“. Das Krankheitsbild, das der Verfasser unter diesem Namen beschreibt, passt ganz auf die „akute Verwirrtheit“ von Wille. Aetiologisch betont von Krafft-Ebing besonders die akuten Infektionskrankheiten, die durch Toxine etc. den Körper schädigen — speziell den Rheumatismus articulorum acutus, die Pneumonie der Potatoren und den Typhus abdominalis. Diesen postfebrilen Zuständen stehen Bilder zur Seite, in denen die Ernährungsstörung durch andauernde, schwer in die Oekonomie des Körpers eingreifende Vorgänge herbeigeführt wurden, z. B. durch chronisch-konsumierende Krankheiten oder durch fortgesetzte Schwächung des Körpers ohne genügenden Wiederersatz, Blutungen etc.

Des weitern giebt es eine Gruppe, wo der Wahnsinn seinen Ursprung hat in toxischen Wirkungen von Arzneimitteln, die durch fortwährenden, langen Gebrauch eine Ernährungsstörung des Körpers herbeigeführt haben; ebenso auch Krankheiten im Kindesalter.

„Das Bild des Wahnsinns ist selbstverständlich ein sehr mannigfaches; gemeinsame Züge ergeben sich aber insofern, als eine eigentümliche Trübung des Bewusstseins besteht, die man passend Verwirrtheit genannt hat und die im Vordergrund des Erscheinungsbildes sich befindet.“ „Diese Verwirrtheit ist die notwendige Folge des Umstandes, dass der Kranke sozusagen aus zwei Welten Sinneseindrücke empfängt, nämlich aus einer subjektiven, fiktiven, innern Welt durch direkte, centrale Erregung seiner Sinnesfläche in der Hirnrinde, wodurch Hallucinationen hervorgebracht wurden, und gleichzeitig aus der äussern Welt, indem ja die Aufnahmsfähigkeit für Sinnesein-

drücke aus derselben nicht ganz erloschen ist. Der Kranke vermag diese mannigfaltigen, oft sehr gehäuften Eindrücke aus der realen und fiktiven Sinneswelt nicht zu coordinieren.“ Von Krafft-Ebing betont, dass das Delirium bei dieser Krankheit ausserordentlich mannigfaltig und wechselnd ist; „es giebt nichts, was nicht innerhalb des Wahnsinns vorkommen kann.“ Die Entwicklung des Wahnsinnzustandes ist in der Regel eine stürmische und können dabei alle centralen Sinnesgebiete beteiligt sein. Der Verlauf ist ein sehr wechselnder, „im grossen und ganzen der einer Continua remittens“. Die Genesungsfähigkeit beziffert der Autor auf 70 bis 80 Procent. Hervorgehoben wird dann noch der gelegentliche, aber seltene Uebergang dieses Krankheitsbildes durch Steigerung in das sogenannte Delirium acutum inanitionis.

Es bleibt mir nun noch übrig, auf den oben citierten Aufsatz von Kramer, dessen Schlussfolgerungen und die sich daran knüpfende Diskussion in der psychiatrischen Versammlung zu Berlin, vom 17. März 1894 skizzierend einzugehen. Kramer geht von folgenden Erwägungen aus:

„1. Bei allen drei genannten Krankheitsbildern spielt die Alteration des Verstandes eine massgebende Rolle und wird durch genetisch zusammenhängende Symptome veranlasst.

„2. Die Affekte spielen bei allen drei Krankheitsbildern nur eine sekundäre Rolle.

„3. Die Verwirrtheit kann symptomatisch sowohl beim Wahnsinn als bei der Verrücktheit auftreten.

„4. Die differenzial-diagnostischen Momente, welche beigebracht werden, um die drei Krankheitsbilder von einander zu trennen, sind zwar wohl geeignet, eine

solche Scheidung zu bedingen, wenn man eine gemeinschaftliche Grundlage annimmt, nicht aber zu einer generellen Trennung, welche etwa die Verwirrtheit als gleichberechtigt mit der Stimmungsanomalie hinhinstellen soll.“

Aus diesen Erwägungen zieht er folgenden Schluss: „Nach unsern bisherigen Untersuchungen dürfte es kaum zweifelhaft sein, dass Verwirrtheit, Wahnsinn und Verrücktheit auf einem gemeinsamen klinischen Boden zusammenstehen, d. h. durch eine Reihe von gemeinschaftlichen Symptomen sehr nahe mit einander verwandt sind; sie bilden also eine gemeinschaftliche Krankheitsgruppe und diese muss, mit Rücksicht auf die historische Entwicklung der in der Litteratur üblichen Bezeichnungen, Paranoia genannt werden.“

An diese Schlussfolgerungen von Kramer knüpfte sich in der oben erwähnten psychiatrischen Versammlung zu Berlin eine sehr lebhafte Diskussion, aus der ich folgendes heraushebe.

Mendel will das Delirium hallucinatorium von der Paranoia absondern und anerkennt als solches „jene Psychosen, welche einen Teil der Krankheitsbilder ausmachen, die andere mit den Namen Amentia (Meynert), hallucinatorisches Irresein (Fürstner), Verwirrtheit (Wille) etc. belegt haben.“ Er stellt diese Diagnose da, wo die beiden Komponenten, Hallucinationen und Delirien, das Wesentliche, während des Krankheitsablaufes Andauernde darstellen.

Jastrowitz will, analog mit Schüle, nur das als Paranoiaform ansehen, was:

1. mit der Paranoia chronica wesentlich analoge Symptome hat, und
2. was in dieselbe direkt übergehen kann.

Alles andere ist auszuscheiden. Von der Paranoia chronica muss ausgegangen werden, wenn man zu einer Klarheit kommen soll. Jastrowitz glaubt, es seien genügend Anhaltspunkte vorhanden, um die Verwirrtheit von der Paranoia acuta zu unterscheiden. Als Charakteristikum bei der Verwirrtheit gilt ihm die Incohærenz der psychischen Aeusserungsweise im Gegensatz zur Incongruenz bei der Paranoia.

Jolly will ebenfalls akute Verwirrtheit und akute Paranoia aus einander halten, je nachdem es nicht zu irgend einer konsequenten, systematischen Wahnbildung kommt, sondern die Verworrenheit bis zu Ende das ganze Krankheitsbild beherrscht — oder aber in Fällen, in denen von vornherein eine bestimmte Richtung der krankhaften Ideen vorhanden ist, Verfolgungs- oder Grössenwahn primär hervortritt oder auch die charakteristische Mischung dieser beiden in ganz kurzer Zeit zur Entwicklung kommt.

Mœli ist auch für Trennung und begründet seine Kramer entgegengesetzte Ansicht, dass bei allen drei Formen die Affekte nur eine sekundäre Rolle spielen.

Neisser-Leubus: „Es fehlt vor allem für die Verständigung an einem gemeinsamen, hinlänglich exakt beschriebenen Beobachtungsmaterial.“ An diesem Punkte müssen also die klinischen Vorarbeiten einsetzen, welche eine fruchtbare Diskussion ermöglichen sollen.

Bondeker erklärt schliesslich: „Eine Einigung ist bis jetzt nicht erzielt worden, aber übereinstimmend ist bis heute in erster Linie die Anerkennung der Berechtigung, akute und chronische Formen der Paranoia-Gruppe als existierend zu betrachten.“

Kramer schlägt in seinem Schlussworte schliesslich folgende Einteilung vor:

1. Gruppe. Die Stimmungsanomalien sind charakterisiert dadurch, dass eine Veränderung der Gemütslage dauernd in den Vordergrund der Symptome tritt.

2. Gruppe. Die Paranoia ist charakterisiert durch das Hervortreten einer Verstandesstörung.

3. Gruppe. Die Anoia ist charakterisiert durch das Erlöschen jeder erkennbaren Thätigkeit des Verstandes und Gemütes.

Zwischen den einzelnen Gruppen kommen Uebergangsformen vor; die zweite Gruppe hängt durch die akuten Formen mit den Fieber-Delirien, Intoxikationen etc. zusammen,

So viel über das Referat Kramer und die Diskussion in der Berliner Versammlung.

Mit der Litteratur abschliessend, sei hier noch erwähnt, dass neuestens auch die Franzosen die Paranoia-Frage wieder auf ihre Traktanden gesetzt haben. Im Archives de Neurologie, revue mensuelle des maladies nerveuses et mentales, n° 94, vol. XXVIII 94, pag. 475, beginnt Dr. P. Keraval, méd. en chef des asiles de la Seine, einen Aufsatz, betitelt: „Les délires plus ou moins cohérents, désignés sous le nom de Paranoia.“ Da die Arbeit aber noch nicht abgeschlossen ist, so kann selbe hier nicht weiter citiert werden; doch geht aus dem bis jetzt erschienenen Teil hervor, dass der Verfasser ebenfalls für eine generelle Trennung der Verwirrtheit und des Wahnsinns von der Paranoia einsteht.

Von diesen kurzen litterarischen Notizen ausgehend, sei es mir nun erlaubt, das wesentliche davon herauszunehmen und den gegenwärtigen klinischen Begriff der Paranoia acuta, der akuten Verwirrtheit und des akuten hallucinatorischen Wahnsinns, ihre Aetiologie, Symptomatologie, Verlauf und Prognose näher zu präzisieren, um dann in einem Schema die differenzial-diagnostischen Momente der drei Krankheitsformen zusammen zu fassen und daraus die Schlussfolgerung zu ziehen.

Der jeweiligen Besprechung einer Krankheitsform sind die dazu gehörigen Krankengeschichten vorgesetzt. Die letztern stammen in der grossen Mehrzahl aus der Basler Klinik und sind durch einige eigene Beobachtungen vermehrt worden. Den Fällen von Paranoia acuta sind 5 Beobachtungen von Paranoia chronica beigefügt, weil nach der hier vertretenen Auffassung der akuten Form von Paranoia notwendig von der chronischen ausgegangen werden muss.

An dieser Stelle sei es mir auch gestattet, dem Vorsteher der Basler psychiatrischen Klinik, Herrn Professor Dr. Wille meinen aufrichtigsten Dank für das stets mir bewiesene Wohlwollen, für seinen mannigfachen Rat und für die so gütige Ueberlassung des diesbezüglichen Materials auszusprechen.

I. Paranoia acuta.

1. Krankengeschichten.

a) Paranoia chronica.

Fall 1.

S. J., 43 Jahre alt, Landarbeiter, verheiratet, aufgenommen in die Anstalt 1883. Tante und Onkel mütterlicherseits geisteskrank, Mutter Sonderlingsnatur. Patient selbst seit vielen Jahren als Sonderling bekannt.

Seit 14 Tagen Schmerzen auf der Brust, von einem Schlage herrührend, doch arbeitet er noch ruhig weiter. Fünf Tage vor der Aufnahme kommt er spät heim, fängt mit seiner Frau zu schimpfen an, war die ganze Nacht aufgeregt, wetterte und fluchte auch die folgenden 2 Tage; refusierte den Arzt, „er wolle ihn vergiften.“ Bei der Aufnahme erzählte er, es sei ihm schon lange nicht recht im Kopfe gewesen, man wolle den Teufel aus ihm austreiben, deshalb sei er oft unter das Bett gekrochen, auch habe ihm eine Frau eine Maus ins Bett gebracht, welche dann in seinen Leib gekrochen sei, wie, könne er nicht erklären.“ Hier meint er gleich, „man solle ihm helfen, die Maus aus seinem Hals herauszunehmen.“ Plötzlich kniet er nieder, betet laut, ist ängstlich; will man ihn aus dieser Stellung entfernen, so wird er grob und wehrt sich, lässt sich aber bald wieder beruhigen. Die nächsten Tage ist er ruhiger, bleibt zu Bett, zeigt sich gut orientiert, antwortet schnell und richtig, nur betet er viel für sich.

In der folgenden Nacht hat er jemanden vor dem Fenster gehört. Nachdem er einige Tage aufgestanden, verhält er sich ganz ruhig, meint aber, es sei ihm, nachdem er Brot gegessen, etwas in die linke Brustseite gefallen und dort stecken geblieben; er fühlt ganz deutlich etwas Fremdartiges, das man ihm hinwegnehmen müsse.

Betreffend der Maus hält er beständig daran fest, dass er eine solche im Körper gehabt habe; jetzt sei sie zwar daraus entfernt, aber er spüre noch das Loch im Halse, wo sie herausgekommen sei. Im Hofe läuft er oft in starkem Tempo auf und ab, bis er atemlos ist; auf Befragen meint er, er habe das so thun müssen. Später wird Patient wieder ängstlicher; „es plage ihn etwas, das vom Magen ausgehe, durch den Hals in den Kopf aufsteige, wobei es ihn fast ersticke.“ Dieses Gefühl bringt ihn wieder auf die Maus, „sie sei doch noch d'rin; das beängstige ihn so stark, dass er glaube, sterben zu müssen.“ Einige Tage ist er ganz ruhig, Appetit und Schlaf gut.

Eines Morgens fühlt er sich plötzlich ganz wohl, „viel besser, als in der letzten Zeit; es sei ihm so leicht ums Herz.“ Er weiss wohl woher das kommt, „man hat vom Spital herunter durch den Boden Elektrizität geleitet, die jetzt in diesem günstigen Sinne auf ihn einwirkt.“ Er fühlt jetzt gar keine Schmerzen mehr. Einige Stunden nach einem Besuche seiner Frau behauptet Patient, „er fühle ganz deutlich, dass seine Frau jetzt zu Hause Streit habe.“ Das früher erwähnte planlose Umherlaufen im Hofe bis zum Schweissaustritt wiederholt sich immer wieder: „er habe seine Verrücktheit durch Zurücktreten des Schweisses aufgelesen und wolle sie jetzt wieder ausschwitzen.“

Nachts hört er oft seine Frau und legt deshalb das Ohr an die Thüre. Schlaf jetzt meist schlecht. Immer grösseres Drängen nach Hause, dabei vermehrte Aufregung durch Hallucinationen; gesteigerter Druck auf der Brust. In diesem Zustande macht der Patient einen Entweichungsversuch; „er meine immer, es sei zu Hause nicht alles in Ordnung.“ Eingebracht beruhigt er sich bald wieder. Patient hält sich für ganz gesund und kann seine Internierung nicht begreifen; er ist jetzt meist ruhig, drängt aber fort und meint, „krank sei er schon gewesen, jetzt aber geheilt.“

In diesem Zustande holen ihn die Angehörigen nach Hause, ohne dass seine Wahnvorstellungen und etwas Geheimnisvolles von ihm geschwunden wären; vage Verfolgungsideen sind geblieben.

Fall 2.

V. L., 22 Jahre alt, Uhrenarbeiter, ledig, hat bereits eine recht bewegte Vergangenheit hinter sich. Grosseltern waren beide geisteskrank, Mutter hysterisch, eine Schwester verrückt. Die Erziehung war zweifellos eine höchst mangelhafte. Schon als 8jähriger Knabe fühlte er sich zu Grossem geboren und zeigte verschiedene Excentricitäten, war aber in der Schule geschickt.

Frühzeitig Onanist, äusserte er später perverse Geschlechtstriebe und geriet in eine Gesellschaft von Urningen.

Anfangs wollte er Techniker werden, sprang aber dabei von einer Spezialität auf die andere, wollte dann Schullehrer und endlich Missionar werden; alles das scheiterte an mangelnder Energie und Ausdauer. Schliesslich schickten ihn seine Eltern in eine Uhrenmacherschule, wo er endlich ausharrte und es zu einem leidlichen Arbeiter brachte. Seit Jahren klagte er aber über alle möglichen Beschwerden: Druck auf der Brust, Ohrensausen, unsichern Gang, Hemicranie etc.

Die Idee, dass er einst noch etwas Grosses vollbringen werde, verliess ihn nie und steigerte sich sogar, je mehr Misserfolge seine Laufbahn zu verzeichnen hatte. Im 18. Altersjahr sprang er auf einem Spaziergange von seinen Freunden weg ins Wasser, schwamm aber von selbst wieder hinaus und arbeitete nachher weiter, ohne Aufschluss über sein Gebahren zu geben.

In seinem 21. Altersjahre nahmen seine Grössenideen präzisere Gestalt an, doch hielt er damit noch zurück; plötzlich aber schien der Moment gekommen, wie er sich äusserte „l'heure prédestinée," und er erklärte nun aller Welt, dass er „der grosse Weltbeglücker sei" und berufen, zur gänzlichen Umgestaltung des jetzigen und zur Begründung eines neuen Weltordnungssystems. Erst jetzt wurde der Kranke der Anstalt übergeben. Mit grossem Widerstand weigerte er sich gegen jegliche Anstaltsordnung und hält seine Internierung für eine Versündigung an der gesamten Menschheit.

Alle Einreden fruchten nichts; jegliche Beschäftigung wird von der Hand gewiesen; nur 20 und mehr Blätter phantastische Zeichnungen zieren die Wände seines Zimmers, über die er, wenn möglich, noch phantastischere Auslegungen

giebt. Jeden Morgen betet er über eine Stunde zum Sonnengott, den er einzig als über ihm stehend anerkennt. Gegen seine ganze Umgebung ist er sonst verschlossen und äussert oft Tage lang kein Wort. Kommt er zum Reden, so zeigt sich eine grosse Ideenflucht; aber Anfang und Ende zeigen immer wieder den „Weltbeglücker", durch menschlichen Unverstand gehemmt, seinen Ideen Geltung zu verschaffen. Oft verkehrt er auch direkt mit dem Sonnengotte, der ihm antwortet. In den letzten Jahren keinerlei körperliche Beschwerden (Hallucinationen) mehr; kein Oppressionsgefühl, sein Geist fühlt sich frei. Patient ist heute noch Anstaltsinsasse und hält, wie zur Zeit seiner Internierung, an denselben Ideen fest. Es drängt ihn aber nicht mehr, sie zu verwirklichen. Er ist ruhig: „seine Zeit werde kommen"; seine ganze Umgebung existiert für ihn nicht mehr.

Fall 3.

H. B., 30jährige, ledige Bauerntochter, ist hochgradig hereditär belastet. Vater Alkoholiker, Mutter religiös überspannt, Urgrossvater väterlicherseits geisteskrank, ein Bruder blödsinnig; war schon als Kind religiös überspannt, Hang zum Mystischen, wollte nichts lesen, als was auf derartiges Bezug hatte und wurde darin von der kranken Mutter unterstützt. Starke Konvulsionen beim Zahnen; intellektuell mässig gut entwickelt.

Im 16. Altersjahre menstruiert, steigerte sich von dort an ihr religiös excentrisches Wesen bis zu Exaltationszuständen. Im 20. Altersjahre konnte Patientin von den Angehörigen nur mit Not zurückgehalten werden, bei Anlass einer Prozession selbst predigend aufzutreten. Geisselungen an sich selbst übte sie schon seit dem Schulaustritt, stellte aber diese Uebungen wieder ein, weil sie der Vater auslachte.

Visionen hat sie angeblich zuerst im 20. Altersjahr gehabt, und von dort an wiederholt an den meisten grössern religiösen Festen, die sie in ihrer Gemeinde während dieser Zeit des öftern störte. Schon einige Jahre vor dem Anstaltseintritt hielt sie sich zu Höherem berufen und in der letzten Zeit steigerten sich diese Vorstellungen bis zum Unsterblichkeitswahn. Trotz alledem lebte sie noch bei ihren Eltern. Im

30. Altersjahre fühlte sie sich endlich berufen öffentlich aufzutreten und aller Welt ihre Visionen kund zu thun; dazu kamen intensives Fasten, Nahrungsverweigerung und öffentliche Störungen, so dass die Patientin endlich der Anstalt übergeben werden musste. Ueber ihre angeblich göttliche Sendung verweigert sie hier jegliche Auskunft, behauptet aber in beständigem Verkehr mit der Gottheit zu stehen: „sie brauche hiezu keine Mittelperson, sie verkehre direkt.“ Oft äussert sich dieser Verkehr in längern Wechselreden, besonders wenn sie unbeachtet ist: plötzlich kniet sie nieder, streckt die Arme aus, verdreht die Augen und bittet dann um die Wundmale Christi; schliesslich versteigt sie sich immer höher und hält sich für eine Tochter des heiligen Geistes. Körperlich bietet Patientin die Erscheinung des Morbus Basedovii, von denen der Exophtalmus zeitweilig geringer ist und in der Ekstase zunimmt. Hin und wieder Nahrungsverweigerung, so dass Patientin sondiert werden musste. Zu bemerken ist noch eine ebenfalls nur zeitweilige, aber dann intensive Herabsetzung der Sensibilität. Patientin ist heute noch Anstaltsinsassin, doch sind hochgradige Exaltationszustände seit zwei Jahren seltener.

Fall 4.

A. B., 39 Jahre alt, Taglöhner, erblich belastet vom Grossvater her, war schon als Knabe ein sonderbarer Mensch, hatte immer sonderbare Ideen. Patient wurde in ärmlichen Verhältnissen geboren und genoss nur Primarschulbildung, wo er dem Unterricht mit Mühe folgte. Nach der Schule kam er als Knecht fort und genoss den Ruf eines fleissigen Arbeiters; kein Trinker. Seit 8 Jahren ist er verheiratet und lebte in glücklicher Ehe; er soll sich aber doch hie und da sonderbar benommen haben. Vor Jahresfrist trat er in einen Mässigkeits-Verein und seit dieser Zeit trat seine psychische Störung mehr zum Vorschein. Patient sagte bald, er höre Stimmen, man rufe ihn, es werde ihm vom Himmel zugeredet; die Eisenbahn gehe nicht recht, es müsse da etwas korrigiert werden; wollte nicht mehr arbeiten, nur mehr beten. Zu gleicher Zeit trat Patient auch in andere Vereine, die dem frühern entgegengesetzte Tendenz verfolgten. In der Nacht war er unruhig, lief fort etc. Ein Jahr lang trieb sich Patient

noch in diesem Zustande ausserhalb einer Anstalt herum; schliesslich wurde er, weil er andern durch seine verrückten Ideen lästig fiel, polizeilich der Irrenanstalt zugeführt.

Patient selbst erzählt folgendes: „Schon lange hätte er Schwindel und Druck auf der Brust verspürt und daraus geschlossen, es müsse etwas besonderes im Thun sein; er hörte immer Stimmen; es raschelte und knirschte in den Wänden zu Hause; deshalb sei er fortgelaufen, von bösen Ahnungen getrieben; plötzlich habe er ein lautes Klingen gehört, eilte dem Tone nach, kommt an ein Bahngeleise und hört, wie dort die Telegraphenglocken an einander klingen; jetzt zog eine rotweisse Wolke vorüber und bedeckte den Mond; das bedeute Feuer, es müsse irgendwo eine grosse Stadt brennen.“ Ferner giebt er dann noch an, „er sei seit seiner Jugendzeit unter besonderm Schutze Gottes gestanden; Gott hätte oft direkt mit ihm als Knabe verkehrt und seine Mutter hätte ihn oft für einen Wundermenschen gehalten, der noch einmal zu Grossem berufen sei.“

Patient ist schwerhörig von Natur, ist längere Zeit dafür ohne Erfolg behandelt worden; sonst keine körperliche Defekte. Patient ist sehr gesprächig, entwickelt philosophische Ideen über Mässigkeit. Die Getränke teilt er in 3 Stufen ein: Wein, Bier und Schnaps; er meint, man sollte noch weiter gehen und das Essen auch verbieten; er habe es eine Zeit lang probiert; er steht unendlich viel höher als seine Umgebung, ist Gesandter Gottes, verkehrt mit göttlichen Stimmen; seine Systeme seien uns noch zu wenig klar, weil wir nicht von Gott begnadigt seien etc. Gar kein Krankheitsbewusstsein, deshalb lebhafte Protestation gegen seine Internierung. Um seine Familie und was aus ihr geworden, kümmert er sich gar nicht, ebenso wenig um seine Zukunft, „Gott verlässt die Seinen nicht.“ Sehr redselig, fast imstande, den Zuhörer tot zu reden; redet immer mit ernster, fast feierlicher Stimme und lässt sich durch nichts stören; eine zweifelnde Zwischenbemerkung kommt ihm gar nicht zum Bewusstsein oder er beutet sie für sein Thema aus; das letztere ist meist religiösen Inhalts. Nach vielem alltäglichen geht er meist zu einem höhern Stoff über; alles was er vorbringt ist unklar, unverständlich, falsch verbunden, ungeheuerlich, ohne

Logik. Jedem kleinen natürlichen Gegenstande weiss er eine religiöse Seite abzugewinnen. Gehobenes Selbstbewusstsein schöpft er meist aus seinen Hallucinationen; auffallende Rechthaberei: man verkennt ihn. Arbeiten will er nicht; die Hauptsache sei für ihn die Versicherung, das Bewusstsein, dass er gerne arbeite. Schlaf und Appetit gut; grosse Gefrässigkeit. Nimmt in der ersten Zeit rasch an Gewicht zu; unheilbar; ist jetzt noch Anstaltsgenosse.

Fall 5.

A. C., lediger Grundbesitzer, 40 Jahre alt, dessen Grossvater mütterlicherseits geisteskrank und dessen Mutter Potatorin. Patient soll in trunkenem Zustande der Mutter geboren worden sein. Schon als Knabe massloser Egoist, der beständig nur seine Meinung gelten liess, war er dabei eigensinnig, jähzornig bis brutal und deshalb mit seinen Vorgesetzten und Kameraden in beständigem Konflikt. Intellektuell mittelmässig begabt, eher darüber, dabei aber faul. Sein Studium scheiterte an der letztern Eigenschaft und so gieng er zur Landwirtschaft über, welcher er sich gleich von Anfang an mit grosser Selbstüberschätzung widmete; in einem halben Jahre wollte er den erfahrensten Bauern übertrumpfen.

Im 22. Altersjahre des Patienten starben die Eltern; bei deren Tod glaubte er sich von seinen Brüdern übervorteilt und um einige tausend Franken betrogen; das beunruhigte ihn Tag und Nacht. Anfänglich äusserte er gegen die Umgebung wenig darüber; „er studierte den Fall," wie er sich später darüber aussprach. Als er glaubte die Beweise in Händen zu haben, gieng er zum Advokaten; der letztere betrieb nach der Meinung des Patienten die Sache lässig und so packte er seine Akten wieder zusammen und gieng zu einem andern. Der erste Prozess wurde verloren; das erbitterte den C. noch mehr und er ergieng sich in masslosen Schimpfereien über Advokaten und Gerichte und ihre Parteilichkeit, so dass er schliesslich bestraft wurde. Hiedurch wurde seine Sprache noch anmassender und resoluter; er sprang von einem Anwalt zum andern und fuhr zu prozessieren und querulieren fort, so dass C. schliesslich als geisteskrank erklärt und der Irrenanstalt zugeführt wird.

Patient ist jetzt 25 Jahre alt, Schädel assymetrisch, Rachen steil abfallend, Ohrlappen angewachsen, fliegende Stirne; viel Kopfschmerzen.

Geistig will er natürlich nicht krank sein und protestiert lebhaft gegen seine Freiheitsberaubung; „das Recht werde aber schliesslich doch noch obenauf kommen.“ Gerichte, Advokaten und Aerzte beschimpft er oft masslos und pocht auf sein Recht. Grössenwahn-Vorstellungen begegnet man fast bei jeder Rede. Dabei ist er natürlich sehr unzufrieden, streitet gerne mit andern herum, wirft sich wieder zum Anwalt anderer Kranken auf, hetzt dieselben gegen die Vorsteher der Anstalt auf und will sich nicht in die Ordnung fügen; alles bekrittelt er und will nur fort. Bei der Erklärung, dass er krank sei, folgen oft ungeheuerliche Zornausbrüche, bei denen er sich nicht bemeistern kann und ganz weiss wird im Gesichte. Die Idee seines Rechtes hält er ungeschmälert aufrecht und schreibt Bücher über seinen Prozess, in der Meinung, selbe später verwerten zu können. Die Anstaltsdirektion will er verklagen, wenn er wieder frei ist. Nach zweijährigem Anstaltsaufenthalt plötzlicher Tod.

b) Paranoia acuta.

Fall 6.

L. M., 33 Jahr alt, Portier, stammt aus nicht hereditär belasteter Familie. Schon vor 11 Jahren zu Hause Depressions-Zustand infolge von Familienstreit. Vor 13 Jahren sehr schwach infolge Leberleiden und Icterus. Patient bekam schon bei zwei Glas Bier Kopfweh und Schwindel, ebenso beim Rauchen. Keinerlei Excesse; guter Arbeiter, galt aber als verschroben. 5 Tage vor der Aufnahme bekam Patient trüben Wein, „der letzte vom Fass“; da taucht plötzlich der Argwohn auf, er könnte vergiftet sein, besonders als ihn der Arzt fragte, warum er so kurios aussehe und rote Augen habe; Patient war dann zu dieser Zeit häufig unwohl, machte vieles verkehrt, vergass Verschiedenes, hatte Druck im Kopfe und war sehr unachtsam. Wurde er etwas gefragt, so überkam ihn eine Sucht zum Reden, dass er beinahe nicht mehr aufhören konnte; dabei war der Kopf heiss gerötet. Nach der Entladung

durch vieles Reden fühlte er sich jedesmal wohler aber schwach; nach der ersten Konsultation mit dem Arzte fühlte er heftigen Kopfschmerz, Kochen im ganzen Kopfe, Leibschmerzen, Zusammenziehen der Gedärme; er gieng dann früher zu Bette, führte aber beständiges leises Selbstgespräch, bis er schliesslich nach Abnahme der Schmerzen einschlief. In der Nacht hörte er Stimmen, sah eine Erscheinung, meinte, es sei jemand hier, ihn zu ermorden, war sprachlos vor Schrecken; er wollte der Gestalt abwehren, als ihm auf einmal der Ruf entgegenschallte „vergiftet ihn!“ Nun entfernte sich die Gestalt langsam; Patient aber hatte in ihr den Ausläufer des Spitals erkannt und meinte, derselbe sei zum Fenster hineingekommen, da die Thüren verschlossen waren. Später zweifelte er wieder daran, ob es der Spitalportier gewesen sei oder nicht eher eine von seinem Vetter geworbene Person, um ihn zu vergiften.

Hierauf Ueberführung des Patienten in die Irrenanstalt. Schon nach der ersten Nacht klagte er, es sei ein Mordversuch auf ihn gemacht worden, da die Vergiftung nicht gelungen sei; grosse Appetitlosigkeit; Patient isst fast gar nichts mehr, starrt während den Mahlzeiten vor sich hin, dabei Obstipatio alvi. Die Umstände seiner Erkrankung erzählt er mit grosser Weitschichtigkeit und fühlt sich nachher erleichtert. Nach 3 Tagen fühlt er sich in der Anstalt so wohl, dass er meint, er könne jede Arbeit wieder aufnehmen; er sei krank gewesen, das sei jetzt aber vorüber; Schlaf besser, aber leise; bei der geringsten Störung fährt er auf. Mit den andern Kranken verkehrt er nicht, meint, das würde ihn blossstellen.

Am 8. Tage hat er keine Hallucinationen mehr, schläft besser, geht spazieren und kommt zur Zeit wieder nach Hause; stellt es ganz den Anstaltsärzten anheim, wann man ihn entlassen werde; zu den Vergiftungsvorstellungen sei er durch den grossen körperlichen Schmerz, Kopfweh, gekommen. Patient wir am 10. Tage, zwar noch misstrauisch, aber doch einsichtsvoller entlassen. Verfolgungideen dauern auch zu Hause fort.

Fall 7.

S. H., 62 Jahre alt, Schlosser, war verheiratet; nicht erblich belastet. Die Anamnese sagt aus, dass Patient in

ziemlich ärmlichen Verhältnissen erzogen wurde, besuchte eine Primarschule, trat mit 14 Jahren bei einem Zeichner ein, erlernte mit 17 Jahren die Schlosserei, welches Handwerk er seither betreibt.

Seit 35 Jahren verheiratet, hatte er 3 Kinder, die alle gesund sind. Patient war ein solider Mann, arbeitsam, hatte aber dessen ungeachtet viel Streit in seiner Familie und war eine eigentümliche Natur; Sonderling, sehr aufbrausend, jähzornig von Jugend an. Kein Alkoholmissbrauch; seit Jahren Emphysematiker. 14 Tage vor dem Anstaltseintritt giebt er plötzlich die Arbeit auf, wird unruhig, fängt allerlei abergläubische Sachen zu erzählen an; die Unruhe steigerte sich von Tag zu Tag. In einer Nacht ruft er dem Bruder, meint, das Haus werde abgedeckt, zerreisst die Kleider, hörte Leute rufen, sah längst verstorbene Menschen; fing plötzlich zu beten an, was sonst nicht seine Sache war; grosser Stimmungswechsel; Schlaf fast Null. Patient selbst giebt hierüber folgendes an: „Ich konsultierte in der letzten Zeit einen Arzt wegen meiner Atemnot und derselbe verordnete mir eine Medizin; mit diesem „Gütterli" kehrte ich im Heimgehen bei einem befreundeten Wirt ein. Allein derselbe war ein falscher Freund und verhexte mir die Medizin, so dass sie nichts nützte und mir noch grössere Beschwerden verursachte: Alpdrücken (Doggeli). Ich gieng nun auf die Suche nach dem bösen Doggeli und erkannte als solchen obigen Wirt." Zur Gewissheit wurde das dem Patienten, als er folgenden Tags dem Wirt eine Prise gab, die dieser schadenfroh in die Nase führte; seither wurde es noch schlimmer; er sah allerlei Gestalten, hörte Stimmen und erlöste durch seine Leiden zwei Seelen aus der Hölle. Eines Tages habe er ein Packet erhalten, darin seien menschliche Teile gewesen, welche zu ihm gesprochen haben; „ich habe sie wirklich gesehen, gehört und gefühlt."

In der Anstalt ist er ruhiger, hält sich vor den Verfolgungen des Wirtes dort sicher; kein psychisches Krankheitsgefühl, glaubt fest an die Realität seiner frühern Hallucinationen, ist unermüdlich im Erzählen geheimnisvoller Dinge; widerspricht sich aber oft. Das Vergangene macht rasch Plänen für die Zukunft Platz; kommt man auf die Hexerei zu sprechen, so weicht er aus; er selber fängt nie mehr davon

an, wird täglich ruhiger, beschäftigt sich nur mehr mit seinen körperlichen Schmerzen: Atemnot etc. und fügt sich gut in die Ordnung; wird nach sechswöchentlichem Anstaltsaufenthalt nach Hause entlassen. Hallucinationen geschwunden, hält aber an einzelnen Wahnvorstellungen fest.

Fall 8.

S. J., 40 Jahre alt, ledig, Taglöhner, ist in ärmlichen Verhältnissen aufgewachsen: keine Psychosen in der Familie; war früher nie krank, mittelmässig geistig begabt, lernte nicht gerne. Nach Verlassen der Schule wurde er Taglöhner; war aber immer etwas verschlossen. Man wich ihm gerne aus, sonderte sich gerne ab; kein Trinker; auch sonst sind keine Klagen über ihn eingegangen.

Ohne Grund läuft er 8 Tage vor seiner Anstaltsaufnahme vom Dienst weg, entkleidet sich, und wurde so von Mähdern im Grase liegend aufgefunden; kam dann in eine Irrenanstalt, wo er nach einigen Tagen wieder entlassen und in ein Armenhaus versetzt wurde.

Dort war er ruhig, aber immer ängstlich, hielt sich für verfolgt, man wolle ihn töten; deshalb wieder Versetzung in die Irrenanstalt. Bei der Aufnahme in die Anstalt ist Patient ebenfalls ängstlich, ist still, meist für sich; Körper von normaler Statur; an ihn gestellte Fragen beantwortet er nur ungern, aber richtig; glaubt immer, man stelle ihm nach; hört diesbezügliche Reden. Schon nach 3 Tagen keine Hallucinationen mehr; er fühlt sich viel freier im Kopf; kein Oppressionsgefühl mehr; steht nach einer Woche täglich auf und fängt an, sich zu beschäftigen; ist zufrieden; erinnert sich nicht an alle Handlungen während der Krankheit; anhaltend gute Stimmung; Einsicht; fleissiger Arbeiter; kann nach $1^1/_2$-monatlichem Aufenthalt in der Anstalt entlassen werden.

Verfolgungsideen traten später ohne Aufregung wieder auf.

Fall 9.

W. Fr., graçil gebauter, 21 Jahre alter, schwächlicher Schmiedegeselle; ob hereditär belastet ist nicht bekannt. Vater frühzeitig an Turberkulose gestorben; Mutter lebt und

ist gesund. In der Schule hat er immer schlecht gelernt und war faul; verschlagener Charakter. Im 15. Altersjahre lernte er bei einem Onkel das Schmiedehandwerk; nach der Lehre war er noch bei zwei Meistern thätig.

Krankheitsursache kann keine angegeben werden; nach seinen eigenen Angaben datiert selbe seit 14 Tagen, „es sei ihm so merkwürdig geworden; er sei auf einmal lustig und wieder traurig gewesen; sei im Felde zwecklos umhergelaufen; sei überallhin entweder zu spät oder zu früh gekommen, hätte schiessen gehört, sehr viel Leute um sich gesehen, so dass ihm ängstlich zu Mute wurde."

In der That wird Patient von zwei Kameraden in die Anstalt gebracht; dieselben trafen ihn auf der Reise, und es fiel denselben sofort sein sonderbares Wesen auf, besonders da er sogleich erklärte, „er werde von „Roten" und „Schwarzen" verfolgt"; dabei fühlte er sich schwach, zu jeder Arbeit untauglich.

In der Anstalt ist er sehr ängstlich, Augen starr, gerötet, schlägt sich mit der Hand ins Gesicht und gebärdet sich äusserst unruhig. Patient macht sich Vorwürfe, er sei schlecht und müsse deshalb sterben; sieht um sich alles „rot" und „schwarz"; Hallucinationen des Gesichtes und Gehöres vorhanden, letztmals unbestimmte Geräusche und Getöse. Schlaf wird schon nach zwei Tagen ruhiger; die Sinnestäuschungen aber sind sehr schreckhaften Inhaltes, er sieht einen schwarzen Bären an sich heraufkriechen, hörte viel schiessen; ferner wird er von bösen Geistern verführt, die ihm schlechte Worte in den Mund legen.

Als die Sinnestäuschungen nach 8 Tagen etwas nachgelassen, meint er, es sei ihm, wie wenn er angeschraubt wäre, oder wie wenn an ihm gezogen würde. Morgens immer weniger ängstlich; nach 10 Tagen verlangt er zu arbeiten und bessert sich von da an zusehends. Wird am 22. Tage aus der Anstalt entlassen. Geheilt! Sonderbares Wesen dauert fort.

Fall 10.

W. J., 49 Jahre alt, Posamentier, ist hochgradig erblich belastet. Vater und Mutter starben geistkrank. Als 10jähriger Knabe wurde ihm eine Kegelkugel an den Kopf geworfen,

so dass er längere Zeit bewusstlos blieb. Infolge dieses Trauma ist ihm bis zum 20. Altersjahre Eiter aus der Nase geflossen; im 12. Altersjahre Meningitis. Vor 5 Jahren hatte Patient ohne Ursache vorübergehend epileptoide Anfälle; seit dieser Zeit nicht mehr.

Patient war stets sehr fleissig und sorgte gut für seine Familie; sonderte sich aber von den Leuten ab: verschlossen. Die jetzige Erkrankung ist plötzlich vor 14 Tagen aufgetreten ohne bestimmte Ursache. J. kam nach Hause, klagte über Stimmen, die ihm von oben allerlei unangenehme Sachen zuriefen, hält sich für beschimpft und angeklagt, kein rechter Mann zu sein. Mit dieser geistigen Erkrankung stellt sich zu gleicher Zeit eine grosse körperliche Ermüdung ein: Unlust zur Arbeit; Patient stellt dann die Arbeit ein, „er könne nicht mehr," „es gehe ihm alles im Kopf herum, er werde von Stimmen verfolgt, die ihn lästern." Der Schlaf verschlechterte sich zusehends, er sprach viel, stund auf und wollte das Haus verlassen. Das führte dann zu seiner Internierung. Status praesens: schwächlich gebauter kleiner Mann; Schädel asymetrisch; Dolichokephalie. Tags nach der Aufnahme giebt Patient ganz gehörige Antworten und behauptet, wieder gesund zu sein; zu Hause hätten ihn unsichtbare Geister verfolgt; das sei jetzt vorüber; jetzt spüre er nur noch vage Ohrgeräusche und neuralgische Schmerzen im rechten Trigeminus; letztere hätte er seit vielen Jahren. Patient bessert sich von Tag zu Tag; schon am 4. Tage ist es ihm viel leichter im Kopfe; keine Hallucination mehr; er sucht sich zu beschäftigen und überall nützlich zu machen. Die Ursache seiner Hallucinationen, überhaupt seiner Erkrankungen vermag er sich nicht zu erklären; Schlaf ruhig; nur einmal noch Andeutungen von Hallucinationen. Patient wird am 22. Tag nach seiner Aufnahme genesen entlassen. In der Folge stetsfort leichte Verfolgungs- und Grössenideen.

Fall 11.

P. J., Melker, 28 Jahre alt, ist ziemlich belastet; Mutter hatte eklamptische Krämpfe während der Schwangerschaft und war auch sonst eine eigentümliche Person, geizig und zanksüchtig; Vater ist ebenfalls Sonderling und leidet an

zeitweiligen Verfolgungsideen; Schwester der Mutter geisteskrank. Unser Patient war von Jugend an schwächlicher Natur; hat auch in der Schule schwer gelernt; von Charakter eigensinnig, geizig wie die Mutter. Als Melker kam Patient in der halben Welt herum, hatte nirgends Ruhe und Rast. Seine jetzige Erkrankung stellte sich 10 Tage vor der Aufnahme ganz plötzlich ein, ohne greifbare Ursachen. Patient kam ängstlich aus der Kirche, klagte über einen schweren Kopf, sah schlecht aus, wollte nicht essen und wich jeder Auseinandersetzung aus. Nachts darauf war er sehr unruhig, hatte grosse Angst, glaubte, er werde erschossen oder verbrannt; auch hörte er dahin zielende Stimmen; hauptsächlich aus letzterm Grunde wird er der Anstalt übergeben. Bei der Aufnahme meint er ebenfalls, man wolle ihn erschiessen, doch sei er unschuldig; will nicht essen, schaut immer in die gleiche Ecke hinein. Andern Tags etwas ruhiger, giebt besser Auskunft, besinnt sich aber auf vieles gar nicht; Patient steht geistig ebenfalls unter Mittel; wird auf den Abend wieder ängstlicher; verkennt seine Umgebung; das geringste Geräusch macht ihn zusammenfahren; er will dann fort; Medikamente refusiert er aus Furcht, man wolle ihn vergiften. Oft kommen bessere Momente, wo relative Krankheitseinsicht besteht. Dieses Bild wechselt während 14 Tagen — oft ängstlich erregt, oft einsichtsvoller, klarer. Erst nach einem Monat fühlt sich Patient dauernd freier im Kopfe: „Seine Ideen seien jetzt geschwunden"; auch Appetit und Schlaf sind jetzt besser.

Verschiedener multipler Abscesse wegen, die successive operiert werden müssen, verzögert sich sein Austritt und wegen mangelhafter Nahrungsaufnahme ist auch das geistige Gleichgewicht wieder eher schwankend geworden. Ab und zu immer noch vager Vergiftungswahn. Endlich bleibt dieser bei dauernder guter Ernährung ganz zurück; Schlaf gut. Patient ist jetzt im allgemeinen heiterer Stimmung, aber empfindlich wie ein Kind; furchtsam; sieht ein, dass er recht stark krank gewesen ist; Stimmungswechsel entsprechend seinem Charakter geblieben. Wird nach 4½monatlichem Aufenthalt in der Anstalt entlassen: ruhig ohne Hallucinationen, aber immer mit vagem Verfolgungswahn.

Fall 12.

O. A., 26 Jahre alt, Dienstmagd, häreditär belastet. Vater war periodisch geisteskrank; Grossmutter mütterlicherseits epileptisch; Schwester des Vaters und deren Tochter geisteskrank; eine Schwester der Patientin war ebenfalls geisteskrank.

Patientin selbst war immer gesund bis zum 8. Altersjahre, wo sie eine schwere Krankheit durchmachte (wahrscheinlich meningitis); in der Schule lernte sie schwer und deshalb nicht gerne. Mit dem 18. Jahre gieng sie als Dienstmagd von zu Hause fort; schon zu dieser Zeit war sie oft 2—3 Tage lang schwermütig; bei fleissiger Arbeit verlor sich das aber wieder. Im 20. Altersjahre starb die Mutter; Patientin war damals gerade menstruiert und hatte grosse Angst, doch war sie nachher wieder ordentlich wohl. 3 Tage vor ihrer Aufnahme setzte plötzlich die jetzige Krankheit ein: Nach einer ruhelosen Nacht erwachte sie am Morgen mit grosser Angst, so dass sie bald am ganzen Leibe zitterte; sie hielt sich gleich für verloren, „weil sie spürte, wie sie der Teufel um den Leib nahm"; mit grosser Körperkraft wehrte sie sich hiegegen; dazu kamen äusserst lebhafte Hallucinationen des Gehörs: sie hörte singen und schreien; sie hält sich für vom Teufel besessen; „die ganze Umgebung riecht nach Schwefel." Patientin sucht auf alle mögliche Weise zu entrinnen und läuft zum Pfarrer; von dort wird sie direkt der Anstalt zugeführt. Dort erzählt sie mit grosser Geschwindigkeit alles bis jetzt angeführte; ihre Reden sind vom Weinen oder Lachen unterbrochen; ist über Zeit und Ort gut orientiert; klagt über eingenommenen Kopf. In der ersten Nacht sieht und hört sie wieder den Teufel, lässt sich aber bald beruhigen. In der ersten Zeit nimmt sie wenig Nahrung zu sich und zwar will sie fasten, um den Teufel los zu werden; in ihrer Nähe hört sie meist allerlei Geflüster.

Nach den ersten 2 Tagen Anstaltsaufenthalt setzen die menses ein und die Aufregung wird grösser; auch kommt das früher erwähnte Zittern wieder, jedoch nur für ein paar Stunden; nach der grössten Erregung, Gefühl von grosser Mattigkeit und Schwäche; sie glaubt nicht, dass sie aufkommen werde. Dieser Zustand dauert fast 4 Wochen; bei wieder-

holter Periode stellen sich auch wieder leichte Erregungen mit Visionen und Hallucinationen ein; doch dauern diese kaum 8 Tage; nachher wieder grosse Müdigkeit, aber guter Appetit bei ruhigem Schlafe. Patientin beschäftigt sich jetzt ordentlich mit Handarbeit. Bei den nächsten menses spürt Patientin keine geistige Alteration mehr. Zur Kräftigung ihrer Gesundheit bleibt die Patientin noch etwas länger in der Anstalt und wird nach zwei Monaten geheilt entlassen. Grosses Misstrauen, leichte Verfolgungsvorstellungen geblieben.

Fall 13.

Z. Th., verheiratet, 30 Jahre alt, stammt aus guter Familie und hat eine ordentliche Erziehung genossen; keine Heredität, ausser dass der Vater Potator war. Patientin war immer gesund; von Jugend an abergläubisch, furchtsam und verschlossen, leicht erregt, schwachen Willen. Menses traten im 14. Jahre zuerst auf, ohne Beschwerden und ganz regelmässig. Im 25. Altersjahre verheiratete sie sich; bei der ersten Geburt forceps, grosse Blutung, doch erholte sich Patientin rasch. Ein Jahr später zweite Geburt ohne Zange, aber mit starker Blutung in der Nachgeburtsperiode; beide Kinder sind gesund. Schon im zweiten puerperium bemerkte der Ehemann einige schwache Spuren von Verfolgungsideen, welche jedoch rasch wieder verschwanden. Vor einem Jahr traten dieselben wieder auf und Patientin glaubte sich von einer im Hause wohnenden Frau verfolgt; der Mann wechselte die Wohnung, worauf die Ideen verschwanden. Acht Tage vor der Aufnahme traten neuerdings intensive Verfolgungsideen auf, verbunden mit Hallucinationen. Patientin hörte Leute oben und unten sprechen; diese wollten sie mit Hülfe von Elektrisierapparaten verfolgen; dazu kamen Vorstellungen von dämonomanischem Charakter. Patientin hat oft Anfälle von Herzklopfen mit Angst; meist schlaflos.

Bei der Aufnahme traten die Wahnvorstellungen in den Vordergrund; körperlicher normaler Statur; sie hört fortwährend die Stimme des „Bösen“, welcher sie an alle Ereignisse ihres Lebens erinnert und sagt, sie werde sterben; auch sieht sie den Himmel und die Hölle. Schlaf schlecht, Appetit gering.

Nach vier Tagen erklärt sie, die gehörte Stimme sei jetzt leiser; auch war sie etwas kühler im Kopf; nach weitern 8 Tagen, während welchen sie ganz ruhig war, besser schlief und Nahrung zu sich nahm, hörte sie nur mehr ein Sausen im linken Ohr. Herzklopfen und Kopfweh dauern fort: grosser Stimmungswechsel: jedes Geräusch regt sie auf. Die Menses verlaufen in der Anstalt ohne weitere geistige Alteration; Hallucinationen haben ganz aufgehört: es besteht nur mehr leichtes Ohrensausen.

Es besteht Krankheitseinsicht; doch ist Patientin nervös, launisch und zu brüskem Stimmungswechsel geneigt.

Entlassung nach 2 Monaten. Aeussert seither zu Hause gelegentlich Verfolgungsideen.

Fall 14.

M. E., Bauer, 49 Jahre alt: in der Familie keine Geisteskrankheiten, wohl aber gelten alle als Sonderlinge: Familienstolz, abgeschlossen, schwer zugänglich, zum Geiz geneigt. Patient selbst war auch so, gieng nie in Gesellschaft oder ins Wirtshaus; war misstrauisch gegen die ganze Umgebung, nahm alles schwer auf, kümmerhaft, gieng viel in die Kirche, war auf jeden Erwerb erpicht: abergläubisch, glaubte an Hexen. Vor 15 Jahren schnell vorübergehender Krankheitsanfall: hielt sich damals für verhext infolge eines verunglückten Heiratsversuches. Körperlich immer gesund; heiratete erst im 44. Altersjahre; glückliche Ehe. In der letzten Zeit überkam ihn oft Angst, wenn er von zu Hause fort war, so dass er schleunigst wieder dorthin zurückkehrte. Zwei Tage vor dem Anstaltseintritt gewaltsamer Ausbruch: grosse Angst, will zum Fenster hinausspringen, sieht Teufel und Gespenster und hat Furcht vor ihnen, schreit in einem fort.

In der Anstalt immer noch sehr gereizt, giebt sich aber doch willig her zum Baden; nachher Schlaf etwas besser als in der letzten Zeit zu Hause; Appetitstörung; sieht immer noch Teufel; dieselben flössen ihm aber nicht mehr so grosse Angst ein. Schon im 3. Tage will er nicht mehr krank sein: „man solle ihn entlassen, es koste ihm hier zu viel; jetzt spüre er nur mehr, dass er zeitweilig elektrisiert werde, aber das sei nicht wie früher.“ Schlaf und Appetit bessern sich

zusehends: auch die Einsicht kehrt wieder: Patient ist ganz ruhig, drängt aber nach Hause.

Anstaltsaufenthalt 10 Tage: geheilt! Lebt in der Folge als Sonderling.

Fall 15.

E. B., Dienstmann, 29 Jahre alt: ledig, keine Häredität in der Familie: Patient selbst unter mittelmässig begabt; keine gröberen Alkoholexcesse; galt schon lange als Sonderling. Patient wird vom Bahnhof hergebracht, wo er die letzten Stunden zugebracht hat. Der begleitende Polizist sagt folgendes aus: „Heute morgens 3 Uhr kam der Mann auf den Posten und klagte, dass er von vier Metzgerburschen mit einem Hund verfolgt werde; auf seinen Wunsch begleitete man ihn zum Bahnhof, wo er behauptete, dass seine Verfolger bestimmt in der Nähe seien und dass er dieselben sehe, obschon gar niemand um den Weg war; zugleich schwatzte er verworrenes Zeug: „dass er nun in so traurigen Verhältnissen sterben müsse, während er doch immer rechtschaffen gewesen sei etc.“ Patient selber giebt bei der Aufnahme folgendes an: „gestern Abend gegen 11 Uhr habe er sich gesund ins Bett gelegt; in demselben schlief noch ein Bekannter; bald hörte er aussen einen Lärm und dann kamen zwei Gesellen ins Zimmer mit einem grossen Hund; diese spritzten ihm Wasser in die Augen, liessen ihn nicht schlafen. Er hatte grosse Angst, zog seine Kleider an und kam an den beiden, die barfuss im Zimmer herumliefen, vorbei zum Zimmer hinaus: im Hofe habe ihn ein Metzgerknecht mit einem Sparren über den Kopf geschlagen (ob es einer der Gesellen von oben war, weiss er nicht). Im Freien kamen wieder drei auf ihn los mit den Worten: „da ist der schlechte Kerl“; diese verfolgten ihn und Patient floh auf den Bahnhof. Obwohl man ihn dort habe wegschicken wollen, sei er nicht gegangen, weil er gesehen, dass die draussen ihm auflauerten; bei Tageshelle habe er die Sache der Polizei angezeigt, welche ihn dann der Anstalt zuführte.“

Patient ist bei der Aufnahme bei vollem Bewusstsein; nur wenn man auf die Vorgänge der letzten Nacht zu sprechen kommt, ist seine Erinnerung unklar; verwechselt öfters gestern und vorgestern. Am Abend wird Patient wieder unruhiger, steht auf, will sich anziehen und fort; sieht Gestalten, seine

Verfolger vor dem Fensterladen, die einbrechen wollen; „er sei hier nicht sicher, wolle wieder in den Bahnhof.“ Später beruhigte er sich. Nach einer Nacht wiederholte sich das Bild; nachher war Patient ganz klar und hatte keine Hallucinationen mehr; was sich zugetragen, ist ihm nicht recht klar; Appetit bessert sich auf Medikation hin. Patient beschäftigt sich ordentlich und wird genesen am 7. Tag entlassen. In der Folge immer vage Verfolgungsvorstellungen ohne Hallucinationen.

Fall 16.

W. K., 23 Jahre alt, ledig, Brauknecht, ist heriditär belastet; ein Bruder und eine Schwester vorübergehend geisteskrank. Patient war von jeher ein auffallender Mensch; geistig schlecht begabt, aber guter Arbeiter; wurde verschiedener Wunden wegen, die er sich selbst beigebracht hat, ins Spital gebracht. Dort bemerkte man, dass er irre redete, von einem Stein sprach, der in seinen Koffer gelegt worden sei und der sein ganzes Unglück verursacht haben soll; er wurde deshalb der Irrenanstalt übergeben. Im Bad bekam er einen äusserst heftigen Angstanfall: mit nach hinten übergebogenem Kopfe und Rumpfe, die Augen stier nach oben gerichtet und mit gefalteten Händen sprach er mit lauter Stimme Gebete, „um sich vom Satan zu befreien“; nach 10 Minuten pausierte der Anfall; Patient kam zu sich und giebt ordentlich Auskunft; doch bald sieht er wieder den Satan: „dort, dort.“ Nachts noch mehrere Mal sehr aufgeregt; andern Tags ruhiger; bekennt selber, er sei gestern verrückt gewesen; er werde eben seit 8 Tagen von Geistern geplagt und müsse sich vor ihnen durch Gebete schützen; er sieht die Geister nicht in ganzer Gestalt, nur die Hand; Satan habe er nur als Schatten gesehen; auch riecht er Schwefel (Geruchshallucinationen). Am Abend des 8. Tages nach ordentlicher Ruhe wieder erregt; sieht jemand in einer Oeffnung des Plafond und spricht mit dieser vermeintlichen Person; im Bad beruhigt er sich sofort. Seit dieser Zeit ist Patient ruhig, obwohl er fortwährend halluciniert: sieht Eidechsen, weisse Figuren, Katzen, welche ihn am Hemd ziehen; hört läuten und die Stimme seiner Mutter; ist infolge des letztern deprimiert. Am 10. Tage nach der Aufnahme hören die Hallucinationen gänzlich auf; Schlaf

gut, ebenso der Appetit; Kopf leichter; nur schwach auf den Beinen. Besserung dauert an und Patient wird am 15. Tage genesen entlassen. Bleibt Sonderling wie vorher.

Fall 17.

J. M., 35 Jahre alt, Dienstmagd, ist erblich belastet; zwei Tanten mütterlicherseits geisteskrank; Eltern waren Geschwisterkinder; vier Geschwister an Gehirnentzündung gestorben. Patientin lernte erst im 3. Jahre laufen und reden; sie litt als Kind an skrophulösen Augenentzündungen; Begabung fast schwachsinnig; heiterer Charakter; Menses mit 13 Jahren eingetreten, schwach, ohne Beschwerden, seither regelmässig. War bis jetzt an verschiedenen Orten als Magd; ihr letzter Dienstherr schildert sie als hochgradig nervös, zittrig, leicht schreckbar, empfindlich, bald gerührt weinend; meinte beim geringsten Geräusch, es seien Diebe da, oder auch dieser oder jener Mann stelle ihr nach; seit 4 Wochen noch reizbarer; konnte nicht mehr schlafen, schrie oft in der Nacht; lief vom Dienstherrn fort. In diesem Zustande kam sie 4 Wochen lang nach Hause, wo sie sich ganz ruhig verhalten haben soll; vor 8 Tagen kam sie in den Dienst zurück, fing aber in der ersten Nacht schon wieder zu jammern an, fuchtelte mit Armen und Beinen, Kopfweh, Ohrenfluss; kein Appetit und Schlaf; soll in der letzten Zeit sehr abgemagert sein. Degenerationszeichen: asymetrischer Schädel und angewachsene Ohrlappen.

Bei der Aufnahme ängstlich, stark hallucinierend, hält sich für verfolgt; jammerte in einem fort; Nahrungsaufnahme nur zögernd; nach 2 Stunden ruhiger, ganz lucid; doch schon am Abend wieder Aufregung, die in einen somnolenten Zustand übergieng. Andern Tags beim Ausspritzen des Ohres (otitis media) sehr schreckhaft; Gesichtshallucinationen; spricht von Maschinen, die an ihr arbeiten. Dieser Zustand dauert abwechselnd 8 Tage; dann deutlich ruhiger, um von neuem aufgeregt, ängstlich, hallucinierend zu werden; zur Zeit der eingetretenen menses; nach 4 Tagen wieder ruhiger; hat das Gefühl, schwer krank gewesen zu sein; fühlt sich müde, abgespannt.

Patientin erholt sich von Tag zu Tag; auf ihrem frühern Zustand: erschreckbar und oft nervös missstimmt, bleibt sie: Hallucinationen und Verfolgungsideen sind ganz geschwunden. Appetit auch besser; Charakter erweist sich als verschlossen. nicht zugänglich. So wird Patientin entlassen: Dauer des Anstaltsaufenthaltes 3 Monate. Status quo ante.

Fall 18.

J. D., Kaufmann, 25 Jahre alt, verheiratet, ist hereditär stark belastet: Grosseltern beidseitig geisteskrank; Vater Potator, Mutter sehr roher Natur. Die Erziehung des Patienten war deshalb eine äusserst mangelhafte: frühzeitig Onanie: bald entwickelten sich bei demselben Charakterfehler, Lügen und Hang zum Stehlen, Betrügen, Prahlen etc. Die Intelligenz war daneben nicht auffällig gestört und er war tüchtig in seinem Berufe, doch fehlte es an Ausdauer und Arbeitslust. Verheiratung im Jahre 1890 mit einem Mädchen aus guter Familie. Die ersten zwei Jahre liessen in gutem Einvernehmen nichts zu wünschen übrig. Nach dieser Zeit bemerkte die Frau an ihrem Manne gelegentlich grosse Eifersucht; er äusserte zwar wenig darüber, überwachte aber alle einlaufenden Briefe, was er früher nie gethan; liess seine Frau selten allein oder kam oft unvermutet nach Hause. Gelegentlich kam es auch zu leichtern häuslichen Szenen; nach jedesmaliger Versöhnung war Patient dann sehr weich gestimmt, bald zu Thränen gerührt. Die täglichen Arbeitsstunden wurden gleichwohl innegehalten; der Schlaf aber war entschieden schlechter als früher. Ein Jahr circa nach diesem veränderten Wesen, zur heissen Sommerszeit, trinkt Patient hastig 2 Gläser Wein, verlässt, ohne zu bezahlen, in grosser Hast das Wirtshaus, stürmt nach Hause, ruft nach seiner Frau, die gerade ausgegangen ist und beschuldigt selbe vor dem anwesenden Dienstpersonal des Ehebruchs. Die Erregung steigert sich noch bei Rückkehr der Frau: Patient läuft wie rasend umher und stösst schreckliche Drohungen aus: „er werde seinen Nebenbuhler heute noch erschiessen."

Deshalb gleichen Abends Ueberführung in die Anstalt. Status præsens: Körperlich nichts abnormales von Belang, ausser abnorme Schädelbildung, starke Hinterhauptstufe, leichte

Anæmie. Geistig hochgradig erregt: „seine Frau sei ihm untreu geworden und deren Buhler verfolgen ihn.“ Von Hallucinationen nichts bemerkbar. Auf ein längeres Bad hin ruhigere Nacht. Morgens weniger aufgeregt; doch hielt er an den gestrigen Ideen fest; über Zeit und Ort gut orientiert; bereits am dritten Tage Zweifel an der Untreue seiner Frau; „er könne sich geirrt haben,“ „er habe eben davon reden gehört.“ Nach 8 Tagen ganz ruhig; einsichtsvoller; sieht ein, dass er krank gewesen; schämt sich seiner Aeusserungen; Gedächtnis für alles erhalten; wird am 10. Tage geheilt entlassen.

Fall 19.

C. K., 40 Jahre alt, ledig, ohne Beruf, ist hereditär belastet: Grossvater mütterlicherseits Paranoiker; Mutter melancholisch; Vater Potator; Schwester geisteskrank.

Schon im 15. Altersjahr war Patient absonderlich, unlenksam, faul, Onanist. In seiner Berufswahl war er schwankend, konnte sich lange nicht entschliessen. Zuerst wollte er studieren, doch bald war ihm das zu beschwerlich und er kam zu einem Landwirt; auch das kostete ihm bald zu viel Mühe und so siedelte er, leidlich begabt, als Zeichner zur Kunst über, um selbe auch wieder zu verlassen und Historiker zu werden. Zu dieser Zeit, im 30. Altersjahre des Patienten, starben die Eltern. Seither unsteter Lebenswandel, bald da, bald dort, sogar in Amerika als Rentier sich aufhaltend.

Eines Abends nach ziemlichem Alkoholgenuss, dem er sonst nicht fröhnte, glaubte er plötzlich, die Polizei stelle ihm nach. Das brachte ihn natürlich in ziemlich hochgradige Aufregung; um zu entfliehen, schlägt er die Scheiben ein. Andern Tags noch schlaflose Nacht, der gleiche Skandal, deshalb Ueberführung in die Anstalt. Status præsens: kräftig gebauter Mann; Kopf stark kongestioniert; ausgeprägte Hinterhauptstufe; Pupillen sehr eng; Gesichtshälften ungleich entwickelt, Puls 100; kein Fieber.

Patient ist in grosser Angst vor seinen Verfolgern, zerschlägt alles um sich, will entfliehen, lärmt und schreit. Von Hallucinationen augenblicklich nichts bemerkbar; kennt genau seine Umgebung und giebt gehörig Auskunft über seine Verhältnisse. Dieser Zustand dauert 8 Tage fast unverändert fort:

grosse Angst vor der Polizei; hält sich für verfolgt. Am 9. Tage ruhiger aber verschlossen; schläft jetzt viel.

Am 13. Tage völlig ruhig, hält sich für krank, äussert keine Wahnvorstellung mehr, kann aber nicht begreifen, wie das gekommen. Täglich besser; am 20. Tage geheilt entlassen. Führt das frühere Leben fort.

Fall 20.

M. Z., 30 Jahre alt, Dienstmagd, ledig, mütterlicherseits erblich belastet; Vater Potator, Bruder suicidium.

Als zweijähriges Kind machte Patientin Poliomyelitis anterior durch. Körperlich sonst gut und kräftig entwickelt; geistige Begabung mittelmässig. Menses im 15. Altersjahre erstmals, unregelmässig mit Krämpfen; zu dieser Zeit grosse Reizbarkeit. Letzteres hat zur Folge, dass Patientin oft ihren Dienst wechselte; regelmässig war der frühere Dienstherr daran schuld, niemals sie selber. Im letzten Dienst seit zwei Monaten. Seit einem Jahre hat Patientin ein Liebesverhältnis, das sich in der letzten Zeit wegen ihrer Reizbarkeit. Heftigkeit und ihrem immerwährenden Misstrauen wieder zerschlug. Am 29. Mai Menses, den 30. Mai sehr reizbar, darauf unruhige Nacht; am 1. Juni plötzlich hochgradig erregt; äussert: ihr früherer Geliebter hätte ihr Gift in die Milch gethan; will deshalb den Schutz der Polizei in Anspruch nehmen. Von letzterer wird Patientin der Anstalt zugeführt. Status præsens: mittelgrosse, leicht anæmische Person, Ticconvulsiv, Schädel asymetrisch; körperlich sonst gesund. Unter heftiger Erregung äussert sie obige Wahnvorstellung und bittet um Schutz: gleichzeitig sieht sie schwarze, zottige Tiere an den Wänden herumkrabbeln; giebt sonst gehörig Auskunft. Schon die erste Nacht nach dem Bade ruhiger; andern Tags festhalten am Vergiftungswahn. Schon am dritten Tage äussert Patientin nichts mehr darüber, ist ruhiger und fängt an, sich zu beschäftigen. Am 10. Tage Entlassung, geheilt.

Statistische Angaben.

Heredität.

Von Paranoia acuta, 15 Fälle, sind.
3 Frauen, alle erblich belastet,
11 Männer, davon 5 erblich belastet,
2 von Jugend an streitsüchtigen Charakters, jähzornig, verschlossen, abergläubisch etc.,
3 geistig schwach, deséquilibrés, geizig etc.,
1 Sonderlingsnatur, wie seine ganze Familie verschroben, geizig, Familienstolz.

Occasionelle Momente.

Neben der Heredität und der angeführten Veranlagung findet man bei den Männern nur geringfügige occasionelle Momente; meist gar nichts von Belang. Bei dem einen z. B. genügt ein Glas trüben Weines, um bei ihm Vergiftungsvorstellungen wachzurufen.

Bei den Frauen ist es ebenso; ein einziges Mal schliesst sich die Krankheit an das Puerperium an; ein anderes Mal an die Menses.

Aetiologie.

Männer.

6. Fall: Konstitutionelle Grundlage.
7. „ : Konstitutionelle Grundlage.
8. „ : Konstitutionelle Grundlage.
9. „ : Konstitutionelle Grundlage.
10. „ : Hochgradige Heredität.
11. „ : Heredität und konstitutionelle Grundlage.
14. „ : Konstitutionelle Grundlage.
15. „ : Konstitutionelle Grundlage.
16. „ : Heredität und konstitutionelle Grundlage.
18. „ : Heredität und konstitutionelle Grundlage.
19. „ : Heredität und konstitutionelle Grundlage.

Frauen.

12. Fall: Heredität und konstitutionelle Grundlage.
13. „ : Konstitutionelle Grundlage.
17. „ : Heredität und konstitutionelle Grundlage.
20. „ : Heredität und konstitutionelle Grundlage.

Dauer der Krankheit.

Männer.		Frauen.	
6. Fall	10 Tage.	12. Fall	2 Monate.
7. „	6 Wochen.	13. „	2 Monate.
8. „	1½ Monate.	17. „	3 Monate.
9. „	22 Tage.	20. „	10 Tage.
10. „	22 Tage.		
11. „	4½ Monate.		
14. „	10 Tage.		
15. „	7 Tage.		
16. „	15 Tage.		
18. „	10 Tage.		
19. „	20 Tage.		

Durchschnittlich 37,4 Tage.

Alter.

Männer.		Frauen.	
6. Fall	33 Jahre.	12. Fall	26 Jahre.
7. „	62 „	13. „	26 „
8. „	40 „	17. „	35 „
9. „	21 „	20. „	30 „
10. „	49 „		
11. „	28 „		
14. „	49 „		
15. „	29 „		
16. „	23 „		
18. „	25 „		
19. „	40 „		

Durchschnittsalter aller Fälle 34,6 Jahre.

2. Klinisches Krankheitsbild.

a) Vorkommen, Aetiologie, occasionelle Momente.

Die Paranoia acuta kommt ziemlich häufig vor, ist an keine Altersstufe gebunden, scheint aber mehr Männer als Frauen zu befallen. Bei der Aetiologie der Paranoia acuta ist in erster Linie das Hauptmoment festzuhalten, das Kräpelin als charakteristisch für die Paranoia überhaupt angegeben hat: Die konstitutionelle Basis. Psychisch originaire Schwächezustände sind bei dieser Krankheitsform in der That sehr häufig und in den hier angeführten Fällen fast immer nachweisbar, sei es als intellektueller Defekt, Verschrobenheit, oder als eine gewisse gemütliche Stumpfheit. Immerhin darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass Magnan eine grosse Anzahl Fälle veröffentlicht hat, unter dem Namen von Paranoia completa „die vorher geistesgesund waren, bis dahin keine Zeichen einer intellektuellen, moralischen oder affektiven Störung gezeigt haben". Es sind das ähnliche Krankheitsbilder, wie sie Sommer als Paranoia tarda anführt. Dieses vorausgesetzt, sind es dann oft Kleinigkeiten, die zum akuten Ausbruch führen: vorübergehend gesteigerter Alkoholgenuss, ökonomische Verluste, geschäftliche Misshelligkeiten, Streit, missliche Familienverhältnisse, geistige und körperliche Anstrengungen etc. — kurz, alles Gelegenheitsursachen, die wir bei jeder andern Form geistiger Erkrankung auch finden und die nichts Charakteristisches darbieten. Oft lässt sich gar keine solche Gelegenheitsursache eruieren.

b) Definition, Symptomatologie, Verlauf.

Die Paranoia acuta ist ein vorzugsweise auf konstitutioneller Basis plötzlich auftretender Symptomenkomplex, mit konstanten und systematisierten Wahnideen und Sinnestäuschungen, bei mehr oder weniger zielbewusster Handlungsweise, stets ohne tiefere und dauernde sensorielle Störung, der nach kurzem Verlaufe in vorübergehende oder dauernde Genesung endet.

Symptomatisch sind am meisten als hervorstechend zu erwähnen: Die Wahnvorstellungen, meist unter der speziellen Form des Verfolgungswahnes; aber auch Grössenwahn kann vorkommen. Manchmal schon zu Beginn der Krankheit, sicher aber auf der Höhe derselben, fehlen niemals die Sinnestäuschungen, hauptsächlich als Gehörshallucinationen, von ziemlich konstantem Charakter, aber auch als Gefühls- und Geschmackstäuschungen und Illusionen, seltener als solche des Gesichts. Sensorielle Störungen können, episodisch und nie tief, vorkommen, sind aber äusserst selten, so dass sie die Ausnahme bilden. Im Vorstellungsablauf sind sowohl Hemmung als Beschleunigung beobachtet worden. Die Affekte in ihren verschiedenen Formen als Angst, Zorn, Hass etc. kommen immer vor und ist oft ein Wechsel derselben während des Krankheitsablaufes bemerkbar.

Der Verlauf dieser Krankheit ist ein akuter. Auf den ersten Blick, freilich, möchte es scheinen, dass mit der konstitutionellen Grundlage eine akute Form nicht wohl vereinbar wäre, allein gerade durch dieselbe ist nur der Charakter der langsamen chronischen Entwickelung gewahrt; der Ausbruch der jetzigen

Erkrankung ist deshalb doch ein akuter, d. h. die Krankheitskeime waren schon lange vorhanden, sie entwickelten sich langsam schon seit Jahren, vielleicht von Jugend an; die Umgebung aber wurde erst aufmerksam, als irgend ein geringfügiges occassionelles Moment den akuten Ausbruch verursachte. Es ist deshalb durchaus nötig, bei der Schilderung des Verlaufes dieser Krankheit nicht erst da zu beginnen, wo die Wahnvorstellungen öffentlich zu Tage traten, sondern auf das Vorleben zurückzugreifen, das gleichsam sich als ein langes protrahiertes Prodromalstadium für den akuten Ausbruch darstellt.

Diese Leute sind in den meisten Fällen hereditär belastet, oft schwer, oft geringer, oft lässt sich die Vererbung auf Generationen zurückverfolgen — die Nervosität ist ein Familienerbstück; nicht selten waren die Eltern Epileptiker. In andern Fällen ist das zwar nicht der Fall, der Stammbaum ist ganz intakt, wenn wir aber eine genaue Anamnese aufnehmen, so finden wir folgendes: Patient hatte im Kindesalter beim Zahnen Krämpfe; als Schulknabe den Veitstanz, schlief oft sehr unruhig „war mondsüchtig“. Später galt er als Sonderling, ging gerne seine eigenen Wege, war misstrauisch, hielt sich leicht für beeinträchtigt andern gegenüber, war zu Streit und Zank geneigt, fügte sich nicht gerne in eine Ordnung, hatte oft ganz eigentümliche, absonderliche Ansichten, Schrullen, man taxierte ihn als einen verschrobenen Kopf oder Charakter. Geistig sind diese Leute meist unbedeutend, überschätzen sich gewöhnlich, werden reizbar, wenn sie nicht immer das grosse Wort führen können etc.

Oder ein anderes Bild: Die sogenannten „Halbverdrehten", Excentrischen, Exaltierten, die alles in der Welt auf sich selbst beziehen, sowohl den erschienenen Komet, als den unschuldigsten Zeitungsartikel; die sich für den Mittelpunkt halten, um den sich die Welt dreht, die meinen, es werde immer nur von ihnen geredet, oder die abergläubisch sind und täglich Berechnungen anstellen, was für ein Los sie setzen sollen um den ersten Gewinn zu erhalten, wann die Welt untergehen wird etc. Ihr inkonsequentes Reden und Handeln suchen sie sogar gelegentlich zu beweisen und weil sie das auf natürliche Art nicht können, greifen sie zum Uebernatürlichen, Mystischen.

Ein drittes Bild: Viele sind verschlossen, bei der Arbeit bringen sie es nicht vorwärts, sinnen diesem oder jenem unausführbaren Probleme nach, sind „kurios", „verschroben". Der gut Situierte wirft sich mit Leidenschaft auf diesen oder jenen Sport, wirft für denselben das Geld zum Fenster hinaus, während er sonst „knikert"; regt sich wegen Kleinigkeiten hochgradig auf, lässt sich von gar niemanden beeinflussen etc. Wieder von anderen heisst es, sie seien in den zwanziger Jahren noch Kinder, müssen geleitet werden, sind durchaus unselbständig, zeigen sittliche Mängel, den Anforderungen des Lebens sind sie durchaus nicht gewachsen etc.

Oder noch eine andere Variation: Es gibt Leute, die in der Welt, im Geschäft, im Umgang mit andern durchaus ihren Mann stellen, die sogar als hochgebildet angesehen werden, die wenig Absonderlichkeiten zeigen bis und solange ein gewisser Punkt, z. B. die Religion oder Politik nicht berührt wird. Geschieht dies aber zufälliger Weise, so äussern sie

sofort ihre contrairen Ansichten, verfechten sie mit grosser Geläufigkeit und Energie, werden sogar heftig und oft steigert sich die Exaltation bis zum Fanatismus. Bei vielen dieser Leute zeigen sich dem Kenner auch körperliche Unvollkommenheiten, sogenannte Entartungszeichen, Stigmata hereditatis: ungleiche Entwicklung und Verschiebung der Schädelhälften, Abflachung der Hinterkopfgegend, Höcker am Schädel, abnorme Behaarung, zu niedrige oder zu hohe Stirne, Schielen, Augen zittern, unregelmässige Färbung der Chorioidalhaut, Fehlen der Ohrläppchen, steiler Rachen, unregelmässig gebildete Genitalien etc.

Soweit fassen wir im Verlaufe der Paronoia acuta das Prodromalstadium auf.

Da plötzlich, ohne dass oft ein occasionelles Moment nachweisbar wäre, oder dann veranlasst, wie oben schon bemerkt, durch irgend eine Kleinigkeit, äussern diese Leute Wahnideen, „man habe sie vergiften wollen“, „man stelle ihnen nach auf alle mögliche Weise“, „die Frau hätte ihnen mit Gift den Wein getrübt“ etc. Die Unruhe nimmt in kurzer Zeit zu, der Schlaf bleibt ganz aus und nicht selten wird der Patient jetzt so störend und mitunter gefährlich für die öffentliche Sicherheit, dass er sofort interniert werden muss. Auf einmal geht der Umgebung ein Licht auf, „der Mann sei ja schon seit langem krank gewesen“. Als Grund dafür führen sie eben die vorhergenannten Zeichen an.

In der Anstalt ist der weitere Verlauf der Krankheit ein wechselnder. Hochgradige Erregungszustände bis zu eigentlicher Tobsucht, mit Drohungen, wechseln mit Angstanfällen und Perioden relativer Ruhe. Im Vordergrund der Krankheitserscheinungen stehen die

Wahnvorstellungen, Hallucinationen, Illusionen oder Visionen. Die erstern stehen so fest, sind so sicher, dass jeder Versuch, daran zu rütteln, den Kranken aufregt; überhaupt ist grosse Reizbarkeit vorhanden. In den meisten Fällen tritt nach relativ kurzer Zeit Beruhigung ein; die motorische Erregung geht zurück und allmählig schwinden auch die Wahnvorstellungen oder blassen doch bedeutend ab; die Sinnestäuschungen können aber noch fortbestehen. Das kann oft schon wenige Stunden nach dem Anstaltseintritt der Fall sein, oft in 8 Tagen, oft in einem Monat, oft zieht sich der Verlauf noch etwas länger hinaus. Das Vorkommen von Amnesie konnte von mir nicht beobachtet werden, trotzdem dieselbe seinerzeit komplet und partiell von Wassmund (Inaugural-Dissertation, Berlin 1886) als bei diesen Krankheitsfällen vorkommend beschrieben worden ist; dieselbe ist auch zum vorneherein nicht wahrscheinlich bei jeglichem Fehlen einer tiefern Bewusstseinsstörung.

Krankheitseinsicht ist nachher nicht vorhanden.

c) Prognose und Ausgang.

Die Vorhersage bei dieser Krankheit ist eine nur relativ günstige, partielle, soweit sie aus der Konstitution herzuleiten ist.

Wohl läuft die Paranoia acuta ab; die konstitutionellen Schädlichkeiten aber bleiben bestehen als eine stete Gefahr des Recidivs für die Träger derselben. Wie früher ist die geringfügigste innere oder äussere Veranlassung wieder im Stande, den akuten Zustand herbeizuführen, denn die Paranoia acuta ist nach dem Gesagten meist nur ein Stadium der Paranoia überhaupt.

II. Die akute Verwirrtheit.

1. Krankengeschichten.

Fall 21.

K. K., 21 Jahre alt, ledig, Bierbrauerlehrling, ist von der Mutter her belastet, welch letztere vor Jahren melancholisch war. Patient selbst erfreute sich immer einer guten Gesundheit, besuchte die Schulen seines Heimatortes, war mittelmässig begabt aber nicht leidenschaftlich. Seit 9 Monaten ist er Brauerlehrling; immer fleissig und sparsam; durchaus kein Trinker; er hatte viel Nasenbluten, welches in der ganz letzten Zeit plötzlich aufhörte. Während den letzten 3 Wochen vor der Aufnahme soll Patient verändert gewesen sein, studierte viel, war unzufrieden mit seiner Stellung; erklärt wurde dieses Benehmen nur dadurch, dass er in diesen letzten Tagen sehr besorgt war über seine Verpflichtung, den Militärdienst in Deutschland anzutreten — was er eben nicht wollte. Erst 3 Tage vor der Aufnahme aber zeigte sich die ausgesprochene psychische Störung. Patient fieng plötzlich verwirrt zu reden an und verkehrt zu handeln; antwortete auch auf Fragen: „ich weiss nicht"; nahm weniger Nahrung zu sich als gewöhnlich; in der Nacht jammerte er und weinte, stand auf. Am Tage setzte er seine Arbeit fort; machte aber meist alles ungeschickt, verkehrt. Diese psychische Störung äusserte sich anfallsweise mit verhältnismässig freien Intervallen; im Zimmer fühlte er sich schlechter, in der freien Luft besser; vor 3 Stunden fing er wieder verwirrt zu reden an, darunter: „er wolle ins Wasser springen." Die Aeusserung führte zu seiner Ueberführung in die Anstalt.

Der Status ergiebt nicht viel Abnormes.

Patient giebt ruhig Auskunft über seine Verhältnisse. Gegen Abend wird er plötzlich aufgeregt, will zum Bett hinaus, hat Angst, zittert am ganzen Körper, atmet dyspnoiisch;

Temperatur 38, Puls 140, kräftig, dabei redete Patient ganz verwirrt, unverständlich; hallucinierend. Ueber die Ursachen seiner Angst befragt, redet er nur ganz verwirrtes Zeug unter einander, bald von seiner Frau, bald von religiösen Sachen; bald nachher ruhig: eher zum Weinen geneigt. Diese zwei Zustände wechseln ab mit ruhigen Pausen; während der ganzen Dauer seines Anstaltsaufenthaltes sind keine Wahnideen, nur Verwirrtheit mit rasch auf einander folgenden Zuständen von starker Angst, Dispnöe und allgemeinem Zittern des Körpers zu konstatieren und dazwischen oft länger dauernder sprachlicher Stupor.

Nachdem Appetit und Verdauung und dadurch die körperlichen Kräfte besser geworden, nimmt auch allmählich die Verwirrtheit ab. Patient wird langsam lucid; später verschwinden Hallucinationen und Verwirrtheit ganz. Anstaltsaufenthalt 3½ Wochen. Gewichtszunahme **4 kg**.

Fall 22.

W. B., 49 Jahre alt, verheiratet, Glaser, stammt aus gesunder Familie, absolut keine Heredität. In der Jugend nie krank, aber immer schwächlich; besuchte die Dorfschule, war mässig begabt; nach Absolvierung derselben lernte er das Glaserhandwerk, begab sich auf die Wanderschaft; 26 Jahre alt begann er dann ein eigenes Geschäft und heiratete 4 Jahre später. Im Winter 1879/80 zog er sich eine Erkältung zu und litt 2—3 Monate an Darmentzündung; erholte sich wieder; 1885 machte er eine ähnliche Erkrankung durch; damals war er ebenfalls aufgeregt und habe namentlich viel laut gesprochen; nachher wieder gesund und arbeitsam; 1893 Harnbeschwerden, liess er sich deretwegen in einen chirurgischen Spital aufnehmen; dort wurde eine Bougiebehandlung eingeleitet; doch schon nach 3—4 Tagen fing er an unruhig zu werden; am 5. Tage versuchte er den Ofen zu besteigen und einige Minuten später öffnete er das Fenster und sprang aufs Pflaster 5 Meter hoch. Dort wurde er bei Besinnung aufgefunden mit folgenden Verletzungen: R. Abriss des malleolus internus; L. fractura supra malleolaris fibulæ et fractura malleolaris tibiæ. Gypsverband und Ueberführung in die Irrenanstalt 1. Mai 1893.

Anamnestisch ist noch nachzutragen: früher Gonorrhoe. Patient soll nie kräftig gewesen sein; hat immer sehr streng gearbeitet und war oft für 1—2 Tage krank; er machte sich deshalb sehr viele Sorgen, war sehr bekümmert um seine Familie und blieb meist zu Hause; gar kein Trinker; von Charakter sehr kleinmütig und leicht reizbar, besonders alle Frühjahre. In letzter Zeit vor seinem Spitaleintritt hatte er viel Verdruss und Sorgen wegen des Ankaufes eines eigenen Hauses gehabt und sich deshalb oft den Tod gewünscht; Appetit und Schlaf liessen schon länger zu wünschen übrig; auch hatte er grosse Furcht vor einer projektierten Operation im Spital; er war dort schon einmal eingetreten, aus obiger Furcht aber musste ihn die Frau schon andern Tags wieder abholen; zwei Tage zu Hause, gieng er aber dann doch aus eigener Initiative wieder in Spitalbehandlung. Patient ist bei der Aufnahme ordentlich klar; er giebt selber Auskunft über sein Vorleben; von Zeit zu Zeit sei es ihm zu Hause schon so schwer geworden; er werde dann aufgeregt und wisse nicht, was er thue. Er ist äusserst anämisch, Temp. 38, während der Nacht ist er ruhiger, aber am Morgen weinerlich, gedrückt, reagiert kaum auf Fragen; keine Wahnvorstellungen, aber gänzlich desorientiert. Hallucination des Gesichtes; Nahrung nimmt er nur flüssig zu sich. Wegen zeitweiliger Unruhe und Verwirrtheit ist die Behandlung der Beine sehr schwierig. Stimmung sehr wechselnd, aber meist Depression, weinerlich. Nach einer Woche bessert sich Schlaf und Appetit; damit verspürt Patient auch, dass es ihm freier werde im Kopf; hört keine Stimmen mehr. Paræsthesien. Beim ersten Besuch der Frau anfangs verwirrt, bewegt, weinerlich, fasst sich aber bald und spricht ruhig und klar über geschäftliche Angelegenheiten; jetzt fieberloser Verlauf der Frakturen; oft Kopfweh.

Patient ist anhaltend klar und halluciniert nicht mehr; wird nach 6 Wochen psychisch gebessert aus der Irrenanstalt entlassen und zur weitern Behandlung seiner Fussverletzungen wieder dem Spital übergeben. Gewichtszunahme 1 kg.

Fall 23.

H. F., geboren 1858, Comestiblegeschäft, verheiratet, acht Kinder, keine Heredität. Körperliche und geistige Entwicklung

von Jugend an gut; war nie krank; Charakter gutmütig. Die Schulbildung des Patienten war in seiner Heimatgemeinde eine mangelhafte und für seine spätern Verhältnisse eine durchaus ungenügende. Der Schule entlassen, wurde er sofort in Vaters Comestiblegeschäft beschäftigt, und es wurde unterlassen, ihn weiter auszubilden und nach seinem Wunsche ihn wenigstens Französisch lernen zu lassen. Schon dieser Umstand gab ihm viel zu denken und ärgerte ihn immer; er beklagte sich oft, dass er so gar nichts könne.

Durch frühzeitigen Tod des Vaters und die bald darauf erfolgte Heirat mit seiner jetzt noch lebenden Frau war es ihm unmöglich gemacht, das Fehlende nachzuholen. Sein gesunder Sinn und richtige Anschauungsweise aber halfen ihm ordentlich über diese Schwierigkeiten hinweg; infolge seines leutseligen Wesens kam er nun zu verschiedenen Aemtern und wurde endlich Gemeindepräsident. Dieses Amt fiel in eine Zeit, wo die Interessen der Gemeinde durch Eisenbahnunternehmungen bedeutend aufs Spiel gesetzt waren; die daherigen Unterhandlungen, Verkaufsabschlüsse und allerlei Unannehmlichkeiten gaben unserm Patient sehr viel zu denken und manchen Tag und viele Nächte grübelte er darüber nach, wie dieses oder jenes gemacht werden könnte. Durch vermehrte Aemterannahme mehrten sich auch die Sorgen und schon $^1/_4$ Jahr vor dem Anstaltseintritt bemerkte man an ihm nicht mehr die frühere Fröhlichkeit. Bei Anlass eines Schützenfestes äusserten sich zuerst die Zeichen eingetretener Krankheit; damals äusserte er plötzlich im Kreise seiner Freunde, er passe nicht in diese Gesellschaft, er sehe schon, man verachte ihn gewissermassen, weil er sich mit weniger Leichtigkeit an der Konversation von Herren beteiligen könne. Andern Tags, als diese Ideen zuerst geäussert wurden, fiel ein bedauerliches Ereignis vor, das die Krankheit plötzlich zu hellem Ausbruch brachte. Sein ältester Sohn machte nach der Rückkehr von besagtem Schützenfest mit dem Gewehr Zielübungen und plötzlich krachte ein Schuss zum Fenster hinaus und das Geschoss drang in eine benachbarte Wohnung ohne jemand zu verletzen. Bei diesem Vorkommnis wurde Patient ganz bleich und vom Augenblicke an war er ein ganz anderer Mensch. Die darauffolgenden Tage sprach er nur dummes,

ganz unzusammenhängendes Zeug; dank einer äusserst soliden Lebensweise und etwelcher Schonung bei der Arbeit aber gieng es noch einige Wochen zu Hause ganz leidlich, bis wieder ein ganz unbedeutender Umstand: ein Glas Wein mit einem guten Freunde getrunken — kein Alkoholiker; gutes Familienleben — ihm die Sinne wieder ganz verwirrte. Es kamen schlaflose Nächte, Appetitmangel und beständiges Delirieren. Das führte zu seiner Ueberführung in die Irrenanstalt.

Bei der Aufnahme kann er sich gar keine Rechenschaft über seine Umgebung geben und verhält sich sehr renitent; drängt fort, wird laut lärmend, erregt, drohend; will nach Hause; hält die Anstalt für ein Hotel; gegen Abend ruhiger, nimmt er gehörig Nahrung zu sich; Hallucinationen des Gehörs. In der Nacht wiederum sehr unruhig, klopft an der Thüre, lärmte und wurde sofort aggressiv und redete allerlei unter einander; später Schlaf.

Andern Tags etwas besser orientiert; beantwortet Fragen langsam, teilweise richtig, lässt sich belehren, hält sich zuerst für ganz gesund, erinnert sich aber doch allmählich an seine starke Erregung zu Hause; Stimmung vorübergehend gehoben; „der Herr sagt: stehe auf!“ „lass ihn laufen!“ Was sich an dem früher erwähnten Schützenfeste zugetragen, weiss er nicht; die Namen seiner Kinder vermag er nicht anzugeben; so verlaufen einige Tage; bald ist Patient lucider, bald wieder verwirrt; verlangt plötzlich im Gespräche ein „neues Testament“; bringt hierauf Selbstanklagen vor, „er habe Gott verläugnet und hätte das nicht thun sollen.“ Stimmung eher gedrückt; sehr vom Heimweh geplagt; Appetit und Schlaf ordentlich; bleibt aber noch ganz ohne Einsicht; dieser Zustand dauert gut 14 Tage fort. Nachher wird Patient allmählich freundlicher, verkehrt mehr mit andern Patienten; ist klarer und vermag sich an verschiedene Vorkommnisse zu erinnern, die ihm bis jetzt ganz entschwunden waren; Wahnideen kommen keine zum Vorscheine, ebenso keine Sinnestäuschungen mehr. Patient erholt sich nun von Tag zu Tag; drängt aber sehr fort in seine Familie und sein Geschäft. Appetit und Schlaf sind ausgezeichnet; für nervöse Einflüsse bleibt er aber immer noch sehr empfindlich. Stimmung an-

haltend gut, wird nach einem Monat geheilt entlassen. Gewichtszunahme $3^1/_2$ kg.

Fall 24.

B. M., 21 Jahre alt, Tabakarbeiter, verheiratet, ohne Heredität, ist schon vier Mal geisteskrank in der Anstalt gewesen unter dem Bilde der Melancholia simplex und einmal der chronischen Nicotin Intoxication; wurde allemale arbeitsfähig, aber geistig geschwächt aus der Behandlung entlassen. Eltern des Patienten sind frühzeitig gestorben; Erziehung mangelhaft; immer guter Arbeiter; kein Alkoholiker; machte in der Jugend Typhus durch und ist ihm seither eine Gedächtnisschwäche geblieben; lebt in ordentlichen Verhältnissen mit seiner Frau; vor Jahren verunglückte ihm sein einziges Kind durch Zusammensturz eines Holzhaufens; seither ist er ein anderer Mensch und haben seine Geistesstörungen den Anfang genommen. Seit der letzten Entlassung sei es zu Hause gut gegangen, er habe mässig gelebt und wacker gearbeitet. Am Morgen sei er noch gehörig zur Arbeit gegangen, aber plötzlich habe er bei derselben dummes, unzusammenhängendes Zeug zu reden angefangen und sei schliesslich von der Arbeit weggelaufen; sehr angestrengte Arbeit. Der Schlaf sei schon einige Zeit durch Schwatzen und Lachen gestört gewesen.

Patient ist bei der Aufnahme ruhig, aber vollständig desorientiert; Stimme zittert; oft ein Lächeln vor sich hin; halluciniert jedenfalls; allmählich, nach etwa 3 Tagen, wird er lucider; giebt Auskunft auf Befragen, was er seit der letzten Entlassung getrieben habe — aber nur langsam zögernd, muss sich oft besinnen; viel Klagen über Kopfweh und gestörten Appetit; nach einer Woche verlangt Patient selbst, beschäftigt zu werden, es werde dann schon wieder bessern. Stimmung etwas deprimiert. (Farbenunterscheidungsvermögen ist gut erhalten; Ausschluss der Nikotinintoxination.) Schlaf und Appetit bessern sich. Patient ist allmählich ganz klar. Anstaltsaufenthalt 1 Monat, dann Entlassung als geheilt. Gewichtszunahme $3^1/_2$ kg.

Fall 25.

W. S., geboren 1863, Handelsmann; sein Oheim väterlicherseits ist geisteskrank gestorben; sonst keine Heredität. Kör-

perlich und geistig von Jugend an gut und regelmässig entwickelt; machte nie eine schwere Krankheit durch; geistige Befähigung gut; Erziehung ausgezeichnet, lebte in sehr auferbaulichem Familienleben. Gemütliche Beschaffenheit, ruhig, gelassen, nur im Reden leichter Affekt; sehr mässige Lebensweise, fleissiger Arbeiter im Geschäft, selten müssig; keine sexuellen Erkrankungen. Vor 4 Jahren war Patient bereits in einer Irrenanstalt gewesen; damals hatte er grossen Aerger im Geschäft gehabt, war ein paar Tage aufgeregt, verwirrt, wurde geheilt. Seither ist Patient gesund und arbeitet im Geschäft; keinerlei Excesse.

Seit einem Monat ist der Vater des Patienten schwer erkrankt an einem Leberleiden mit Wassersucht; der Sohn beteiligt sich sehr an dessen Pflege und war Tag und Nacht bei ihm; das absorbierte seine Körperkräfte bedeutend und als es dann beim Vater zu einer Operation kam, wurde Patient immer nervöser, und ganz akut trat in diesem Moment (sechs Tage vor der Aufnahme) die geistige Störung ein: er geriet in grosse Exaltation, die sich täglich steigerte; jeden Abend Exacerbation, am Morgen Remission; verweigerte öfter die Nahrung. Bei der Aufnahme sehr aufgeregt, lässt sich keine Nahrung geben; will immer dahin, wo er nicht sollte; schaut lange Zeit gegen die Sonne; macht vielfache Grimassen und redet allerlei untereinander, klatscht in die Hände; hört läuten. Gegen Abend wächst die Erregung; ist laut lärmend, zerreisst die Kleider, stösst die Aerzte von sich; zerreisst nachts das ganze Bettzeug und wird auch gegen Morgen kaum ruhiger; bei der Untersuchung äusserst störrisch. Erst am zweiten Tage nach längerem Bad nimmt er Nahrung zu sich und wird hierauf ruhiger; zeigt Krankheitseinsicht, frägt nach Vater und Schwester und ist freundlich gegen seine Umgebung. Gegen Abend des 3. Tages wieder heftig erregt, lärmend, zerreissend; seine Aeusserungen sind ganz sinnlos; unreinlich; speit das Essen aus; will sich nicht anziehen lassen. Dieser Wechsel dauert 14 Tage; während dieser Zeit wird er ruhiger, aber nicht ganz lucid; Schlaf besser; Patient fällt seiner Umgebung sehr beschwerlich durch die grosse Menge von Fragen, die er an sie richtet; er ist stetsfort im Zweifel, was er thun soll, ob und was er essen soll, wobei auch rituelle Bedenken

eine grosse Rolle spielen (Patient ist Israelit). Schliesslich bessern sich auch die vielen Zweifel und die vorige Unentschiedenheit; Patient wird völlig klar, ist nun aber sehr bekümmert um das Befinden seines Vaters. Anlässlich eines Besuches von Verwandten wird ihm des letztern Tod mitgeteilt; Patient nimmt die Nachricht gefasst und ruhig entgegen; stetig Besserung. Patient wird geheilt entlassen nach einem Monat. Körpergewichtzunahme $1^1/_2$ kg.

Fall 26.

D. M., 39 Jahre alt, Bauersfrau, ohne hereditäre Belastung; von Jugend an körperlich und geistig gut entwickelt; seit 4 Jahren verheiratet, 2 Kinder; lebt in ordentlichen Verhältnissen und war bis jetzt nie krank.

Die jetzige Krankheit entwickelte sich akut vor 12 Tagen; infolge hochgradiger Familienstreitigkeiten (mit den Brüdern ihres Mannes; dieser sehr zornig) war Patientin auf einige Tage zu ihrer Mutter auf Besuch gekommen; nachdem sie dort einen Tag allein auf dem Felde gearbeitet hatte, brach plötzlich die Störung aus. Patientin kam in grosser Aufregung nach Hause, in wirrem Delirium hallucinierend und phantasierend; sah überall Brennen, Rauch und Feuer; Aderlass; schlief die nächsten Tage kaum eine Stunde. Bei der Aufnahme ist Patientin eher gedrückt, still, schmerzlicher Gesichtsausdruck; Bewusstsein hochgradig gestört; Patientin weiss nicht wo sie ist und nicht warum sie da ist, auch nicht: wann und wie sie gekommen; starke geistige Hemmung; percipiert und reagiert langsam, giebt aber gerne Antwort, doch meist die gleiche: „ich weiss es nicht"; körperlich sehr schwach, matt und blass.

Ruhige Nacht; meint andern Tags, es gienge ganz gut; sie fühle sich ziemlich wohl; arbeitet etwas und nimmt gehörig Nahrung zu sich, gute Verdauung; sehr still von Charakter, Stimmung eher gedrückt; immer noch geistige Hemmung; antwortet sehr langsam.

Nach zwei Tagen viel zugänglicher, lebhafter; giebt an, dass sie von ihrer Herreise und Ankunft gar nichts wisse; meint, sie sei wohl schon Wochen lang da; sie habe doch etwas Heimweh nach Mann und Kindern.

Schlaf andauernd ruhig; Gedächtnis noch sehr schwach, sonst geistig freier; Bewusstsein noch etwas getrübt; noch wenig Anteil an der Aussenwelt. Zunehmende Besserung; kräftigt sich sehr rasch; die Ursache ihrer Erkrankung ist ihr ganz klar; auch besinnt sie sich auf mehrere Details; von ihrem Delirium ist ihr am deutlichsten geblieben, dass sie Flammen und Feuer sah. Geheilt entlassen nach 15 Tagen. Gewichtszunahme 3 kg.

Fall 27.

B. E., geboren 1855, verheiratet, Hausfrau, nicht hereditär belastet; machte keine frühern Krankheiten durch; wurde auf dem Lande erzogen, war immer eine stille, aber sehr impressionable Person; lebte stets in guten Verhältnissen; immer fleissig und thätig; das Muster einer Hausfrau; im 14. Altersjahre menstruiert; seither regelmässig, aber immer mit Kopfweh. 1878 heiratete Patientin und hatte rasch auf einander 5 Kinder; 3 davon starben jung an Hirnentzündung und Ernährungsstörungen; die übrigen sind gesund. Die Geburten verliefen alle leicht, besonders auch die letzte, 2 Monate vor Ausbruch der jetzigen Krankheit.

Am 7. Tage nach derselben stund die Frau zum erstenmale auf; sie stillte ihr Kind durch 3 Wochen hindurch; hierauf bekam Patientin eine Mastitis dextra; am zweiten Tag nach Eintritt derselben fing Patientin an zu delirieren, klagte sich an: sie sei selbst Schuld an der Erkrankung durch unzweckmässiges Verhalten; glaubte, sie habe ihre Kinder ums Leben bringen wollen; reisst sich die Haare aus und zerkratzte sich. Trotzdem die Mastitis nach 5 Tagen glatt abheilte und keine Temperatursteigerung mehr nachweisbar war, dauerte das Delirium fort.

Bei der Aufnahme ist Patientin still, redet kein Wort, schaut nur mit schmerzhaft verzogenem Gesicht zu Boden; Nacht sehr unruhig; auf Befragen erhält man am Morgen keine einzige richtige Antwort, schaut apathisch vor sich hin, jammert zeitweise laut auf und stösst unartikulierte Schmerzenslaute aus; zerkratzt sich die Finger oder beisst in selbe. Die nächsten Tage sehr aufgeregt, will zum Bett hinaus und fort, verwechselt die ganze Umgebung, konfuses, incohærentes Zeug unter einander mit allen Anzeichen innerer Angst:

„Schau dort, der Zeiger der Uhr ist gestorben“: „sie kennen mich nicht mehr“; „komm schnell Theodor, der Rigi ist heruntergefallen.“ Alles Essen muss ihr gereicht werden; drei Abende Temperatur 38 ohne objektiven Befund. Auf kalte Wickel hin tritt erst Beruhigung ein: die Erregung geht am 20. Tage in leichten Stupor über mit ängstlichen Delirien. Derselbe dauert 10 Tage. Allmählich verliert sich Stupor und Angst; Patientin fängt an zu arbeiten; ist zufrieden und hat Krankheitseinsicht, doch fehlt noch das Interesse an ihrem Zustand; auch das wird besser. Stuhl immer retardiert, Patientin ist klar und still in sich gekehrt. Wird nach $3^1/_2$ Monaten geheilt entlassen; Gewichtszunahme 2 kg.

Fall 28.

S. A., Bauerstochter, 55 Jahre alt, ledig, ohne Heredität. Vor 5 und 2 Jahren soll sie schon zu Hause leichte Aufregungszustände gezeigt haben, kam aber nicht zur Anstaltsbehandlung. Patientin entwickelte sich von Jugend an geistig und körperlich normal: Menses frühzeitig, regelmässig und ohne Störung; seit Jahren führte sie ein ziemlich einsames Leben, war etwas halsstarrig und geizig; mit ihren Brüdern lebte sie in offener Feindschaft; meinte, dieselben hätten sie um ihr Erbteil gekürzt. In der letzten Zeit hatte sie Geld ohne Schein ausgelehnt und bekam selbes nicht mehr zurück; das ergrämte sie; sie ass nicht mehr gehörig und konnte nicht schlafen; 6 Tage vor der Aufnahme setzte die Krankheit plötzlich ein; Patientin wurde erregt, hörte Stimmen und läuten; lief überall herum, arbeitete nicht mehr. Lärmen und Schreien steigerten sich in den letzten 2 Tagen zu eigentlichem Toben; schrie um Hülfe; schlug alles zusammen, was ihr in die Hände kam und redete sinnloses Zeug unter einander.

Aufnahme 26. Juni. Der Status konstatiert äusserst schlechter Ernährungszustand; Ohren degeneriert; leicht difformen Schädel; psychisch ist sie in grosser Erregung, schreiend, lärmend; wirres Delirium; giebt keine einzige passende Antwort, weint dazwischen; Bewusstsein getrübt; ängstlich, desorientiert; weiss nicht, wo sie ist und was man mit ihr machen wolle.

27. Juni. Ruhigere Nacht; ist weniger verwirrt als gestern.

28. Juni. Nacht ruhig; halluciniert; ist ängstlich, unruhig; jammert, wo sie denn sei; sie kenne sich gar nicht aus; sie sei nicht krank; leicht verwirrt; langsames Denkvermögen, geistig gehemmt; percipiert nur schwer; lässt sich nicht belehren.

29. Juni. Ruhige Nacht; fühlt sich sehr schwach und elend; blasses Aussehen; immer unruhig, ängstlich.

1. Juli. Ruhiger; etwas klarer; jammert nicht mehr so viel, doch immer noch ängstlich; kein Einsehen ihrer Lage, sowie der einfachsten Verhältnisse; percipiert noch recht schwerfällig; ängstlich — deprimierte Stimmung.

3. Juli. Besuch des Bruders; unruhiger, erregter deshalb; geistig sehr unklar; fühlt sich aber körperlich etwas kräftiger; guten Appetit.

5. Juli. Langsam klarer; lamentiert aber noch viel; drängt nach Hause; Erinnerung an die Höhe der Krankheit fehlt ganz; arbeitet.

7. Juli. Fühlt sich noch immer sehr unglücklich; vereinsamt.

9. Juli. Rascher Stimmungswechsel: den einen Tag munter, hoffnungsvoll, hält sich für ganz gesund: dann wieder deprimiert, ängstlich, hypochondrische Klagen, wenn das geringste nicht in Ordnung ist; fühlt sich sehr verlassen. — Kräfte zunehmend.

12. Juli. Immer klarer; einsichtiger; drängt aber doch nach Hause; zeitweiliger rascher Stimmungswechsel.

15. Juli. Wieder Depression wegen etwas Gelenkrheumatismus; meint, man werde sie hier wohl nicht mehr abholen.

18. Juli. Ist ordentlich klar; will aber doch nicht recht einsehen, dass es nötig gewesen sei, sie zu internieren.

22. Juli. Gutes geistiges Befinden; Stimmung jetzt gleichmässiger; fühlt sich wohl; selten mutlos; arbeitet gehörig; immer ängstlich besorgt um ihr Vermögen.

23. Juli. Entlassen; geheilt; Anstaltsdauer ein Monat. Körpergewichtzunahme 4 kg.

Fall 29.

D. E., ledig, Klavierstimmer, ohne hereditäre Belastung; gute körperliche und geistige Entwicklung von Jugend an;

absolut kein Alkoholiker, lebte mässig und war fleissig; musste sich früher seinen Unterhalt selbst verdienen; in der letzten Zeit finanziell gut gestellt. Patient hatte in der letzten Zeit mehrere anstrengende Bergtouren gemacht und war in Zermatt plötzlich erkrankt, angeblich an Insolation: auf telegraphischen Bericht hin wurde er dort von seinem Bruder abgeholt, um gemeinsam die Heimreise zu unternehmen; auf der letztern verloren sich die Brüder und unser Patient wurde in verwirrtem Zustande von der Polizei aufgegriffen und so der Anstalt zugeführt.

Status: Patient gross, schlank, sieht etwas mitgenommen aus; Nase und Lippen wund, geschunden (vom Gletscheraufenthalt); Herzaktion nicht beschleunigt; Reflexe mässig stark, gleichmässig, Pupillen reagieren gut: Zunge leicht belegt.

23. Juli. Psychisch bei der Aufnahme klar; giebt Personalien richtig an; etwas deprimiert; Patient wird in einem allgemeinen Schlafsaal untergebracht; eine Stunde geht es ganz ordentlich; plötzlich wird er erregt, redet sinnloses Zeug, halluciniert, geht hin und her, lärmt, schlägt auf die andern Betten, stösst sich den Kopf an die Wand und muss in die Polsterzelle verbracht werden.

24. Juli. Morgens ruhiger; nimmt aber keine Nahrung zu sich; giebt keine Antwort auf Fragen; spricht viel und sehr geräuschvoll, auffällig: fixiert andere scharf; sehr widerstrebend.

25. Juli. Anhaltend unruhiger, wie während der Nacht; lärmend, polternd; nimmt jetzt Nahrung zu sich; reagiert verständiger und macht nicht mehr allerlei Grimassen wie gestern; Nacht ruhig.

26. Juli. Fängt Mittags, als man das Essen bringt, zu weinen an; Nachmittags viel ausser Bett, unklar, verwirrt, unreinlich, misstrauisch; gegen Abend mehr bei sich; ist unbesorgter; reagiert ziemlich prompt; vorübergehend wird Blick starr. Wünscht eine Zeitung, möchte ins Hotel zum Bruder; hat aber keine Einsicht in seinen Zustand.

27. Juli. Schlaf gut; ist Morgens freundlich, unbeängstigt. Besuch des Bruders: Patient kommt in ziemlich gereizte Stimmung, will gleich mit ihm spazieren gehen und ist sehr misstrauisch; macht ihm Vorwürfe; fixiert die Aerzte ziemlich zornig, bleibt aber sonst ruhig.

28. Juli. Ganze Nacht ruhig; wird von seinem Bruder behufs Weiterreise abgeholt; ist klar und orientiert, aber immer etwas misstrauisch. Austritt: gebessert; Anstaltsbehandlung: 6 Tage; Gewichtszunahme 1 kg.

Fall 30.

E. S., 56 Jahre alt, verheiratet, erblich belastet; Vater war geisteskrank, ein Bruder Potator. Körperliche und geistige Entwicklung der Patientin von Jugend auf gut; früher nie krank; immer cholerisches Temperament; im 23. Altersjahre Heirat; gutes eheliches Leben; einmal geboren; Kind immer gesund. Seit 6 bis 7 Jahren (vor der Aufnahme) hat Patientin immer Magenleiden, verbunden mit viel Kopfweh; dabei wird ihr Naturell etwas ängstlich. Seit 3 Wochen steigern sich die Klagen über Magenschmerz und dazu kamen Streitigkeiten mit der Schwiegertochter; vor 8 Tagen plötzlicher Ausbruch: Patientin wurde grob gegen ihre Umgebung, gewaltthätig, wollte die Schwiegertochter erwürgen, fing an zu schreien, gab aber keinen Grund dafür an; brüllte den herbeigeholten Arzt an; Schlaf schlecht. Transport in die Anstalt mit grossen Schwierigkeiten verbunden.

Bei der Aufnahme ist Patientin still, äusserst ermattet, giebt keine Auskunft, lässt sich ohne Widerstand auf die Abteilung führen; musste aber schon nach einer Stunde isoliert werden wegen unausgesetztem Lärmen und gegen die Wände schlagen; liegt zu Bette, beständig laut redend, alles Mögliche durch einander ohne Sinn; häufig kehrt dabei ein „schwarzer Mann“ wieder, den sie sieht. Status: abgemagert, Blick und Physiognomie lebhaft, beide Wangen cyanotisch ohne vitium cordis; Pupillen beidseitig gleich; Nasolabial. Furchen gleich; Patellarreflex lebhaft: Urin eiweisshaltig. Psychisch ist Patientin sehr aufgeregt, spricht lebhaft in ideenflüchtiger Weise von den verschiedensten Dingen durcheinander, wobei sexuelle Anspielungen mit vagen Verfolgungsideen im Vordergrund sind; Patientin ist gar nicht zu fixieren; viele lebhafte Bewegungen mit Armen und Beinen; brüsken Charakters; wird nach dem Untersuch wieder isoliert, stürmt den ganzen Tag in der Zelle umher, aus Leibeskräften singend und schreiend (9. Dezember).

10. Dezember. Anhaltende Exaltation: kein Schlaf; redet in einem fort: „wer da glaubet und getauft ist, wird selig werden“; oft lenkt sie dann nach dem Vordersatz auf ein ganz anderes Thema ab: grosse motorische Unruhe; schwer zu lenken.

12. Dezember. Sehr unruhige Nacht, beständig hallucinierend und lärmend, am Morgen Stupor: apathisch, bringt kein Wort heraus: Nachmittags wieder geläufiges Reden, aber ganz verworren, ohne innern Zusammenhang: grosse Ideenflucht: macht greifende Bewegungen nach dem Boden und in die Luft (Gesichtshallucinationen).

14. Dezember. Hallucinationen traten mehr in der Vordergrund: grosse motorische Erregung: verworren: es passt keine Antwort auf die Frage: vollständige Desorientiertheit; keine prägnante Stimmung; motorische Aphasie.

15. Dezember. Weinerliche Stimmung; zwischen einigen ganz ordentlichen Antworten kommt sie wieder in das alte verwirrte Gespräch hinein.

16. Dezember. Sehr unruhig: aufgeregte Nacht; am Abend heftiges Weinen über die ihr widerfahrene Ungerechtigkeit; das thue ihr weh; halluciniert.

17. Dezember. Ruhiger: besserer Schlaf: etwas klarer, aber ganz ohne Einsicht: fühlt sich gesund, will fort.

18. Dezember. Stimmung ruhiger, doch gehoben: schläft besser: etwas klarer; Hallucinationen des Gesichtes; „bis hieher und nicht weiter!“ ruft sie immer.

19. Dezember. Schlaf wieder aufgeregter, starker negativer Venenpuls: Schmerz in den Beinen; wird darüber sehr unruhig.

22. Dezember. Nicht verändert.

25. Dezember. Stimmung zufriedener: ruhig, klarer.

27. Dezember. Redet wieder mehr: drängt dabei ganz einsichtslos fort; Nahrungsaufnahme gut.

31. Dezember. Nicht verändert.

1. Januar. Geistig vollkommen lucid; geordnetes Vorstellungsleben, jedoch wenig Interesse; Heimweh; läuten in den Ohren.

10. Januar. Nicht verändert; Erinnerungsdefekt dauert fort. Dieser Zustand dauert die nächsten Tage. Patientin ist ruhig, aber wenig einsichtig, drängt fort; keine Hallucinationen.

25. Januar. Entlassung wie oben, ist zu Hause noch besser geworden. Anstaltsaufenthalt 7 Wochen; Gewichtszunahme 6 kg.

Fall 31.

St. E., Landarbeiterin, Hausfrau, verheiratet, nicht erblich belastet, 48 Jahre alt; ist geistig und körperlich gut entwickelt, war nie krank; gute kräftige Arbeiterin. Menses seit dem 12. Jahre, immer regelmässig, ohne Störung, nicht schmerzhaft, keine Krämpfe. Ist seit 12 Jahren verheiratet, glückliche Ehe, gute ökonomische Verhältnisse; hat fünfmal geboren, jedesmal sehr schwer; das letzte Mal vor 5 Jahren; dabei immer viel Blutverlust; erholte sich aber relativ schnell wieder.

Vor 4 Wochen hatte Patientin Streit mit ihrem Schwager (während der Menses); heftiger Zorn und Schrecken; seit dieser Zeit war Patientin aufgeregt und zornig; sprach seither sehr viel und wurde oft wie wütend; vor 2 Tagen hat sie Nachts alles zusammengeschlagen; meinte, man habe sie umbringen wollen; rief alle Heiligen an; meinte, sie müsse sterben; seit dieser Zeit fast gar kein Schlaf und mangelhafte Nahrungsaufnahme.

Ist bei der Aufnahme sehr aufgeregt, spricht in einem fort ganz unzusammenhängende Dinge, meist zornig aufgeregt; offenbar tiefe Bewusstseinsstörung; Stimmung wechselnd, oft religiös exaltiert; spricht auch während dem Essen in einem fort. In der ersten Zeit auch Nachts sehr unruhig, wirft das Bett untereinander, wirft der Wärterin Morgens den Kaffee ins Gesicht, bedroht sie, tituliert sie mit allerlei Schimpfnamen; ein vierstündiges Bad beruhigt sie absolut nicht; ist nachher in der Zelle gleich aufgeregt; die Nahrung speit sie oft wieder aus; lärmt und schreit in einem fort. Massenhafte Wahnvorstellungen und Hallucinationen aller Sinne bei totaler Verwirrtheit und Ideenflucht. Dieser Zustand dauert fast 3 Wochen an; dann treten Menses ein, 3 Tage lang; hierauf etwas ruhiger, aber noch sehr schreckhaft; fährt zusammen, wenn man in's Zimmer kommt; immer noch ganz verwirrt; ausgesprochene Tendenz zu Reimbildung.

Die nächsten 4 Wochen tobt sie nun nicht mehr; redet aber immer noch viel verworrenes Zeug; Hallucinationen

dauern fort, wenn auch weniger intensiv als früher; wenig Neigung zur Arbeit; ihre Aufmerksamkeit ist schwer zu fixieren; sehr bald schweift sie von ihrem Thema ab. Nach einem Besuche des Ehemannes wieder für 3 Tage aufgeregter; dann wieder früheres Stadium; allmählich wird sie ganz ruhig und klar; nur noch etwas hastig in ihren Handlungen. Konstatierung der Schwangerschaft. Frühgeburt im 8. Monat verlief gut. Seit Beginn der Wehen ganz klar, nur ein Tag dauernd. dann wieder verwirrt.

Entlassung nach 2 Monaten; Körpergewicht gleich. Nach dem Austritt 8 Tage ganz wohl; dann treten Menses ein und mit ihnen die alte Unruhe. Patientin schlägt wieder alles zusammen, spricht sehr viel und ist wieder ganz verwirrt; deshalb erneute Ueberführung in die Anstalt.

Der jetzige Zustand der Patientin zeigt das alte, heftige zerfahrene Wesen derselben mit grosser Ideenflucht; wird nach 8 Tagen schon ruhiger; die Krankheit macht die gleichen Phasen durch wie das erste Mal; grosse Schwatzhaftigkeit und sehr schreckhaft; ein Besuch des Mannes verläuft indes ruhiger als früher, nur kann Patientin fast nicht aufhören zu reden und schweift noch oft ab. Nachdem Periode in der Anstalt gut und ohne Erregung verlaufen ist, wird Patientin 14 Tage nachher ganz ruhig und klar entlassen. Anstaltsaufenthalt $1^1/_2$ Monat. Körpergewichtszunahme 6 kg. Seither kein Rückfall.

Fall 32.

L. H., Hausfrau, 38 Jahre alt, verheirat; Mutter der Patientin ist geisteskrank; sie lebt in guten Verhältnissen; köperlich und geistig gut entwickelt; intelligent. Periode früh, immer regelmässig; verheiratete sich 24 Jahre alt und hatte bald hintereinander 8 Kinder.

Seit den Geburten war Patientin schwächer als früher. Seit 14 Tagen fühlt sich Patientin in schwerer gedrückter Stimmung, hat viel Kopfweh; vor 8 Tagen hätte Patientin menstruiert werden sollen; dieselben blieben aber aus. An diesem Tage hatte Patientin gerade grossen Verdruss und Aerger im Geschäft; darauf hin setzte plötzlich die Krankheit ein. Mitten in der Nacht fing sie plötzlich zu lärmen an, „ich bin ein Narr," „macht das Fenster auf," „ich bin tod," „alle

tod," etc. Bei ihrer Ueberführung andern Tags in die Anstalt ist Patientin ganz desorientiert, redet alles unter einander; halluciniert sehr lebhaft, giebt ganz verkehrte Antworten, verkennt ihre ganze Umgebung, will keine Nahrung zu sich nehmen und schreit und lärmt sehr laut; ängstliche Stimmung.

Nach zwei Tagen schon etwas ruhiger, aber noch nicht klar; weiss nicht, wo sie ist; sieht den Teufel an der Thüre stehen, dann wieder ihren Mann; will durchaus fort; hält die Wärterin für ihre Schwester und ruft: „Tod", „Mörder", „Hölle" etc. Aufregung und Hallucinationen dauern 8 Tage; am 10. Tage ruhiger und klarer, aber auch traurig; erkennt jetzt ihre Umgebung; Hallucinationen dauern fort, sind aber nicht mehr so intensiv. Nachdem Patientin kräftiger wird und mehr Nahrung zu sich nimmt, verlieren sich auch die Hallucinationen; Beschäftigung; stetige Besserung. Geheilt entlassen nach 4 Wochen. Gewichtszunahme 5 kg.

Fall 33.

S. E., Hausfrau, ist illegitim geboren, 43 Jahre alt, soll aber erblich nicht belastet sein; Erziehung bei einem Onkel gut; Schulfortschritte ebenfalls gut; Menstruation mit 12 Jahren, seither regelmässig, ohne Schmerzen. Mit 19 Jahren kam sie in eine Küche und diente nachher als Köchin an verschiedenen Orten, wo man überall mit ihr zufrieden war. Von Krankheiten ist während all diesen Zeiten nichts bekannt. Im 25. Altersjahre verheiratete sie sich und lebte mit ihrem Manne in glücklicher Ehe. Patientin hat dreimal normal geboren, 2 Kinder davon starben, das dritte lebt.

13 Jahre vor der jetzigen Erkrankung erfolgte eine Frühgeburt; darauf hin erkrankte sie an Febr. puerperal; lag über 2 Monate zu Bette im Spital und hatte sehr hohe Temperaturen, bis 42°. Zeichen irgend welcher Geistesstörung waren aber damals nicht bemerkbar. Seither ist Patientin immer kränklich geblieben und wurde ihr sehr häufig „übel". Menstruation trat nach der Frühgeburt nie mehr auf. Vor 7 Jahren machte Patientin eine schwere Uterusaffektion durch, wurde wieder mehrere Wochen im Spital behandelt. Vor Jahresfrist begann sie zu klagen über heftige Unterleibsschmerzen. Pa-

tientin medizinierte viele Monate, nahm dabei aber sichtlich ab, hatte keinen Appetit und war meist arbeitsunfähig; musste häufig erbrechen, dem gewöhnlich eintägiges Uebelsein vorausging. Vor 3 Monaten kam sie dieser Uebel wegen wieder in Spitalbehandlung, wo hochgradige Anæmie konstatiert wurde. Seither nahm Patientin körperlich immer ab, musste fast alles erbrechen; grosse Schlaflosigkeit. Seit einem Monat ist Patientin immer bettlägerig, zeitweilig Fieber; fast gar keine Nahrungsaufnahme.

Vor 2 Tagen wurde ihr Benehmen plötzlich auffällig, nachdem sie einen Kriegsruf der Heilsarmee gelesen hatte; deutete gegen oben; behauptete, einen Geist zu sehen; sprach ausschliesslich von religiösen Dingen; Gottvertrauen; rief nach Bekannten; verlangte den Pfarrer etc.; sprach in einem Zuge meist unverständliches Zeug, verkannte ihre Umgebung und genoss nichts als Wasser. Wegen zunehmender Unruhe kam sie in die Anstalt. 15. August.

Bei der Aufnahme Collaps. Puls schlecht, Temp. 35,5°. Nach Einschütten von etwas Fleischbrühe sogleich erregt, gehoben, macht Grimassen, höhnt die Umgebung, beschimpft die Anwesenden; Nachmittags etwas ruhiger. Schon nach 3 Löffeln Fleischbrühe Erbrechen.

16. August. Delirierte die ganze Nacht, wollte nichts schlucken. Status: äusserst schlechter Ernährungszustand, Hände und Füsse kalt; Herzaktion schwach; Zunge nicht belegt, trocken; Urin trüb, stark alkal. Reaktion; enthält morphot. Bestandteile und etwas Albumen. Abdomen weich, nicht druckempfindlich. Einige Fragen beantwortet sie richtig; ist dazwischen aber wieder unklar, spricht unverständig; tiefe Bewusstseinsstörung. Patientin wird mit Eierbouillon sondiert; will sich bald nachher gestärkt fühlen und isst abends von selbst, ohne zu erbrechen. Ist nach der Mahlzeit lucider, verständiger in ihren Antworten.

17. August. Etwas lucider; halluciniert aber und redet Unverständliches mit sich selbst; verlangt ein Gebetbuch; sehr blass und matt.

18. August. Gute Nacht; ganz lucid; Puls wird kräftiger. Temp. 36,8°; wird aufgenommen, verkehrt mit andern.

19. August. Patientin zeigt Erinnerung an den Beginn ihrer geistigen Störung: sie hält jenen Kriegsruf der Heilsarmee für Veranlassung, der habe sie ganz „konfus“ gemacht: sie sei sich nachher als ein recht sündiger Mensch vorgekommen; sie habe damals in der Nacht mehrere Stunden auf den Knieen gebetet. Für den weitern Verlauf fehlt ihr die Erinnerungskraft. Kräfte nehmen zu.

20. August. Schlaf gut; anhaltende geistige Klarheit.

23. August. Hat gute Nächte; keinerlei Klagen, kein Kopfweh, kein Schwindel, fühlt sich etwas kräftiger, sieht aber noch sehr blass und kachhectisch aus.

26. August. Psychisch und körperlich matt, wenig regsam, langsam.

15. September. Fortgesetzt ruhig und klar; immer recht blass, trotz guter Nahrungsaufnahme. Will sich das Blut nicht auf Hæmoglobingehalt untersuchen lassen, wird ängstlich, schreckt vor der kleinen Operation zurück; beschäftigt sich etwas mit Handarbeit, aber nur langsam, spricht spontan wenig, antwortet auf Fragen nur das nötigste.

2. Oktober. Tritt heute aus; will sich zu Hause noch schonen; ist noch recht schwach, aber geistig ganz klar.

Anstaltsaufenthalt 1½ Monat. Gewichtszunahme 4 kg.

Fall 34.

J. P., 35 Jahre alt; Vater starb an Tuberkulose; Mutter war epileptisch und starb an Apoplexie.

7 Geschwister sind gesund. Patientin war als Kind stets gesund, lebhaft, lustig, intelligent, fleissig, rechtschaffen. Durchaus keinerlei Excesse.

Heiratete ein Jahr vor Ausbruch der jetzigen Krankheit, wurde bald schwanger; während dieser Zeit gar kein Zeichen geistiger Veränderung. Geburt erfolgte normal, jedoch mit grossem Blutverlust, stillte das Kind selbst während 3 Monaten. Zu dieser Zeit wurde das Kind krank. Patientin machte sich deshalb viel Kummer; weinte Tag und Nacht; glaubte, das Kind werde sterben; grosse Anstrengung mit Nachtwachen. 12 Tage vor der Anstaltsaufnahme wurde Patientin plötzlich erregt; äusserte, der „Böse“ habe sie verführt, deshalb sei das Kind krank geworden; der Blick wurde starr,

ängstlich; wollte kein Essen zu sich nehmen und redete mitunter ganz verworrenes Zeug untereinander.

Status bei der Aufnahme: Abgemagerte, sehr anæmische Person; Pupillen egal; Puls 100. Keine weitern körperlichen Abnormitäten; geistig ist sie erregt, laut jammernd; redet ohne Zusammenhang in ängstlichem vorwurfsvollem Tone. Zu Bette gebracht, ist sie ganz ruhig, schläft etwas; erwacht wieder nach einer Stunde, ist aber ganz erstaunt und weiss nicht, wo sie sich befindet; hört mitten im Gespräch ihr Kind schreien und wird dadurch noch ängstlicher. Dieser Zustand dauert eine Woche an. Nachher etwas stiller; traumhafter Zustand; ist über Zeit und Ortsverhältnisse immer noch desorientiert. Während der nächsten Zeit wechseln ängstliche Erregung mit leichtem Stupor. In der 4. Woche allmählich klarer: weiss aber nichts, was mit ihr gegangen; drängt nach Hause. Hallucinationen scheinen keine mehr vorhanden zu sein. Nahrungsaufnahme ordentlich. Patientin erholt sich langsam. Entlassung anfangs der 5. Woche. Gewichtszunahme 2 kg. Geheilt!

Fall 35.

A. J., Eintritt 1. Juni 1887, Austritt 20. August 1887; ledig, Haustochter, 22 Jahre alt; hereditär nicht belastet. Körperliche und geistige Entwicklung von Jugend an gut. Menses frühzeit, regelmässig, ohne Beschwerden, stark; von Charakter heiter, lebenslustig, arbeitsam, fleissig. Vor 6 Wochen Typhus; im Verlaufe desselben Aenderung ihres geistigen Zustandes: vor 10 Tagen fing sie an, mehr zu studieren, klagte über Kopfschmerz in der Stirne; jucken daselbst; Arbeitslust hatte sie gar keine mehr; Appetit und Nahrungsaufnahme vermindert. In der Folge bekam sie Angst, sie komme ins Irrenhaus, man wolle ihr die Augen ausstechen, man lache sie aus; sah Mäuse und Ratten nachts; wurde unruhig, schwatzte allerlei untereinander; Unruhe nahm zu, schliesslich gewaltthätig.

Bei der Aufnahme höchst unruhig; direkte Fragen beantwortet sie meist nicht oder falsch, ohne Sinn, unzusammenhängend; starrt viel vor sich hin; will nicht hier bleiben; nicht orientiert über Ort- und Zeitverhältnisse. Körperlich

stark abgemagert, anämisch; Catarrhus ventriculi; kein Fieber, Puls 100. Sonst nichts Abnormes.

2. Juni. Ruhig aber benommen; Blick erstaunt; lacht viel vor sich hin.

3. Juni. Gut geschlafen; ruhig.

5. Juni. Patientin steht täglich auf und beschäftigt sich leicht; ist aber verwirrt; staunt viel vor sich hin; lacht ohne Grund; Hallucinationen des Gesichtes und Gehöres. Springt plötzlich einige Schritte fort, um dann auf einmal zu sagen: „was ist auch das"; geht dann auch oft ans Fenster, nimmt flehende Stellung an; häufig weint sie.

10. Juni. Ab und zu in der Nacht unruhig, steht auf, geht ans Fenster, sucht die Laden aufzumachen; mitunter guter Schlaf; nimmt sich äusserlich sehr zusammen, obwohl die Gehörshallucinationen noch stark sind; fängt an, sich besser zu orientieren.

18. Juni. Entschiedene Besserung. Nächte ruhig; verhält sich bei Besuch gut.

30. Juni. Besserung hält an; Hallucinationen scheinen geschwunden; Patientin ist klarer, aber noch häufiger Stimmungswechsel; weint bald ohne Grund; sehr kleinlaut, sondert sich gerne ab; bald wieder lustig und leichte motorische Unruhe.

10. Juli. Recht gutes Befinden; klar; will noch viel Geräusch in den Ohren haben; Hallucinationen nicht mehr sicher, jedenfalls nicht intensiv.

20. Juli. Seit Besuch des Vaters wieder eher unruhiger; glaubt, sie komme nicht mehr heim. Gute Nahrungsaufnahme; sieht körperlich besser aus.

28. Juli. In der Nacht gelegentlich unruhig. Starrt Tags über noch viel vor sich hin; wechselnde Gemütsstimmung.

10. August. Geistig ganz klar; keine Hallucinationen; Gemütssphäre stabiler; Schlaf gut.

16. August. Patientin fühlt sich ganz wohl; keine psychisch abnorme Empfindungen; gelegentlich noch etwas ängstlich vor dem Heimgehen.

20. August. Entlassung! geheilt! 12 kg Mehrgewicht.

Fall 36.

A. Z., 22 Jahre alt, Kaufmann, verheiratet; erblich belastet, da Grossvater und Tante mütterlicherseits geisteskrank waren. Gute körperliche und geistige Entwicklung von Jugend an: frühzeitig sexuelle Excesse, die ihn sehr herunterbrachten; lang andauernde Gonorrhœ. Seit 2 Jahren verheiratet; nicht glücklich; fleissiger Arbeiter; kein Alkoholismus. Vor 4 Wochen viel Klagen über Kopfweh, Schwindel, Ohrensausen verbunden mit einem vagen Misstrauen gegen seine Frau. Später grosse Unruhe, zielloses umherwandern, häufige Selbstgespräche, erregte Gestikulationen; Lächeln auf dem Gesicht (wahrscheinlich jetzt schon Hallucinationen). Vor 2 Tagen plötzliche Tobsucht mit totalem Irrereden; deshalb Versorgung in der Anstalt.

Status præsens: Patient ist körperlich normal entwickelt, aber stark abgemagert, leicht anæmisch; geringer Tremor der Hände. Geistig zeigt er das Bild vollständiger Verwirrtheit, redet wenig, gestikuliert, lacht vor sich hin; in der Unterhaltung springt er plötzlich ab, separiert sich gerne von andern.

Andern Tags über noch erregter, schreit und schimpft laut; zerreisst die Kleider, hat ängstliche Visionen und Hallucinationen: „warum reden sie nicht mit mir, ich sehe sie doch.“ Aufgeregte Stimmung dauert 4 Wochen an; während dieser vollen Zeit verwirrt, unklar, alles durcheinander, ohne bestimmte Wahnvorstellungen.

Dann wird Patient bei wechselnder Stimmung ruhiger, lacht nicht mehr für sich, nimmt gelegentlich ein Buch zur Hand; hält sich für gesund. Dieser Zustand relativer Klarheit, Ruhe und Einsicht dauert 10 Tage; dann wieder plötzlich grosse Unruhe wie zu Beginn der Krankheit; Redseligkeit, Desorientiertheit, Hallucinationen und Illusionen; sieht den Teufel, unterhält sich aber im gleichen Augenblicke mit Gott; rascher Wechsel der Hallucinationen.

Dieses Mal dauert das Erregungsstadium 14 Tage; dann Ruhe; Hallucinationen aber sind immer noch vorhanden, wohl aber zweifelt Patient, ob er dies oder jenes sicher gehört habe oder ob es nur Krankheit sei; kann sich nicht recht Rechenschaft geben über seinen Zustand. Nach weitern 8 Tagen

negiert er jede Hallucination. Zu gleicher Zeit hat sich sein körperlicher Zustand sehr gebessert; Patient schläft gut, Appetit ist sogar sehr gut; nicht ängstlich, hält er sich aber jetzt für ganz gesund. Besserung hält wirklich an. Krankheitseinsicht.

Anstaltsaufenthalt 2 Monate! Geheilt! Gewichtszunahme 5 kg.

Fall 37.

C. M., Fabrikant, ledig, 25 Jahre alt, nicht hereditär belastet; geistig und körperlich gut entwickelt; keine Excesse in Bacho et Venere; bis jetzt in guten Verhältnissen lebend. Seit Jahresfrist begann eine Geschäftskrise, die dem Manne manche Sorge und unruhige Nacht brachte. Patient sah dem finanziellen Ruin entgegen; der Appetit fehlte während dieser Zeit fast ganz; oft Ohrensausen, heisser Kopf. Seit 4 Wochen nahm die Unruhe zu; Patient war durch mangelnden Schlaf und sehr geringe Nahrungsaufnahme stark heruntergekommen. Vor einem Tag plötzlicher Ausbruch hochgradiger Erregung mit aggressiven Momenten, die sofort eine Versorgung in der Anstalt nötig machten.

Status præsens: Patient normal gebaut, ist körperlich sehr heruntergekommen (innert Jahresfrist um 12–15 kg abgenommen); anæmisch; Puls 120; Temp. 38°, ohne dass objektiv dafür eine Erklärung zu finden wäre. Geistig ist Patient in voller Verwirrtheit, redet das unsinnigste Zeug zusammen, entblösst sich, springt von einer Idee zur andern, verwechselt Personen, kennt niemand in seiner Umgebung, schreit und lärmt und will keine Nahrung zu sich nehmen; über Zeit und Ort vollständig desorientiert. Nach 2 Tagen ruhiger aber nicht klar; träumerisch, sehr zerstreut; antwortet nicht auf Fragen, sondert sich meist ab.

Am 8. Tage seines Eintritts in die Anstalt liegt Patient morgens bei der Visite in vollständigem Stupor; reagiert weder auf Anreden noch Berührung. Nahrungsaufnahme gering, sehr mühsam. Dieser Zustand dauert 14 Tage; allmählich tritt wieder Reaktion ein; Patient vermag aber noch nicht, sich zu orientieren; halluciniert. Erst langsam erfolgt in den nächsten Tagen Klarheit. Besserung von jetzt an kontinuier-

lich. Nach 2 Monaten vollständige Heilung! Gewichtszunahme 4 kg.

Fall 38.

A. B., Telegraphistin, hereditär nicht belastet, 33 Jahre alt, ist geistig sehr gut entwickelt. Körperlich war sie schon im 17. Altersjahre stark chlorotisch und musste auch seither diesem Uebel steuern. Menses spät eingetreten, waren immer unregelmässig. Gute, friedliche Familienverhältnisse; doch war Patientin auf ihren Verdienst angewiesen. In der letzten Zeit traten Menses vermehrt auf, oft alle 14 Tage, ohne dass der Arzt objektiv einen Grund dafür fand. Seit 14 Tagen gab Patientin vermehrtes Krankheitsgefühl an; war oft todmüde, hatte wenig Appetit; auch war sie im Dienst und zu Hause viel reizbarer. Ein Tag vor der Aufnahme plötzlich heftige Erregung, jammerte, fiel auf die Knie: „soll ich denn wirklich in die Hölle?“ In der Nacht steigert sich die Aufregung; sie zertrümmert Fensterscheiben; droht hinauszuspringen und verkennt ihre ganze Umgebung. Andern Tags Ueberführung in die Anstalt.

Status præsens: Schwach gebaute, äusserst anæmische Person, Puls 120, Temp. 37,9°. Geistig ist sie ganz verwirrt, unruhig, widerstrebend und verweigert die Nahrung. Einzelne Ausrufe lassen auf intensive Hallucinationen des Gehörs schliessen. Zuweilen ist Patientin ängstlich, ruft: „ich will alles bekennen, bin verführt worden“ etc. Schlaf schlecht. In Remissionen, die sich schon nach einigen Tagen bemerkbar machten, zunächst von kurzer Dauer waren, bald aber über die Exacerbationen zeitlich die Oberhand gewannen, orientiert sie sich über die äusseren Verhältnisse leidlich, spricht vernünftig, nimmt gehörig Nahrung zu sich und giebt an, sich etwas besser zu fühlen; Hallucinationen werden bejaht. Bald bleiben die Erregungszustände ganz aus und Patientin sieht auch körperlich besser aus (Eisentherapie mit viel Eiern). Hallucinationen kommen zeitweilig immer noch vor und die Stimmung ist noch wechselnd, aber doch konstanter von Woche zu Woche.

Patientin ist jetzt klar, äussert sich durchaus einsichtig über ihre Krankheit. Menses verlaufen ruhig. Sie wird nach 3 Monaten geheilt entlassen und kann ihre Beschäftigung wieder aufnehmen. Gewichtszunahme 8 kg.

Fall 39.

C. K., Rentière, ledig, 30 Jahre alt, ohne hereditäre Belastung. Gute geistige und körperliche Entwicklung von Jugend an. Im 18. Altersjahre erstmals menstruiert, seither regelmässig, aber profus; infolge dessen immer etwas anæmisch. Seit einem Jahre Blutungen auch ausserhalb der Menstruationszeit. Ein Untersuch konstatierte Fibromyome; zweimalige Auskratzungen waren nötig. Patientin wurde infolge dessen sehr schwach, klagte viel über Schwindel, Ohrensausen und allgemeine Unbehaglichkeit, Kopfweh; bald traten Gehörshallucinationen ängstlichen Inhaltes dazu; oftmals verwunderte sie sich, wie sie Menschen sprechen höre, die doch weit weg seien. Nach einem etwas angestrengten Spaziergange wird Patientin plötzlich erregt, verwirrt, eilt planlos im Felde umher; deshalb Ueberführung in die Anstalt.

Status præsens: Die Untersuchung ergiebt keinerlei körperliche Abnormitäten, ausser starker Anæmie; Conjunctiven und alle andern Schleimhäute sehr blass. Fluor albus. Geistig ist Patientin verwirrt, unklar, verkennt die ganze Umgebung und halluciniert stark; die Hallucinationen nennt sie Depeschen. Auch der Geruchsinn ist beteiligt: sie riecht Schwefel, Brandgeruch; wird dadurch erregt und will fliehen; musste mehrere Male unter heftigem Widerstande in die Zelle gebracht werden. Dieser Zustand dauerte 4 Wochen.

Nach dieser Zeit wurde Patientin ruhiger und zeigte mit zunehmender Besonnenheit grosse Scheu, sich als krank zu zeigen, ohne dass es ihr gelang, die Hallucinationen ganz zu unterdrücken oder zu verheimlichen. Patientin ist jetzt auffällig apathisch und will sich gar nicht beschäftigen; die sie umgebenden Verhältnisse werden oft ganz falsch taxiert und bezogen. Dazu kommt eine grosse Unordentlichkeit; es ist ihr fast zu viel, sich reinlich zu halten. Nach drei Wochen wieder schwer erregt, viel mehr hallucinierend; verlangt energisch entlassen zu werden, wird sogar agressiv und sieht die Aerzte für ihre Feinde an; nach 8 Tagen wieder etwas klarer.

Aehnliche Remissionen und Steigerungen wurden im fernern Verlaufe immer weniger markiert, während die Krankheit sonst in ihren wesentlichen Erscheinungen, Bewusst-

seinstrübung mit Hallucinationen, die nämliche blieb. Erst nach 3 Monaten andauernd ruhiger und klarer; gelegentliches Horchen an den Thüren beweist immer noch vorhandene Gehörshallucinationen, obwohl selbe in Abrede gestellt werden. Anæmie entschieden in Besserung begriffen. Wird nach vier Monaten geheilt entlassen. Körperzunahme 8 kg.

Fall 40.

A. L., Mädchen, 17 Jahre alt, hereditär nicht belastet, von schwächlicher, körperlicher Entwicklung.

Patientin ist am 17. Mai erstlich menstruiert worden; Periode dauerte 3 Tage sehr stark. Im Anschluss hieran veränderte sich das Wesen der Kranken; sie wird unruhig, ängstlich und klagt über Schwindel; nach weitern 3 Tagen plötzliche Verwirrtheit mit starker Erregung. Hallucinationen des Gefühls und Gehörs: Visionen von Tieren an den Wänden; vollständiges Verkennen ihrer Umgebung. Nach 8 Tagen etwas ruhiger; jetzt eher verschlossen, ängstlich um sich blickend. Ein Tag erneute Erregung, dann allmählich stetig klarer werdend; Hallucinationen verlieren sich allmählich; Amnesie für das Geschehene. Zweite Periode nach 6 Wochen verläuft ruhig. Patientin wird in der 8. Woche geheilt entlassen. Körperzunahme 2 kg. In der Folge seit 5 Jahren keinen Rückfall.

Statistik.

Männer 8, davon hereditär belastet 2 } erbliche Belastung
Frauen 12, „ „ „ 2 } aller Fälle = 20 %.

Von den Männern: bei allen gute geistige Entwicklung: keine excentrischen Charaktere; 2 davon recidiv.

Bei den Frauen dasselbe; 1 früher geisteskrank.

Aetiologische Momente.

Männer.

21. Fall: Nasenbluten, Sorge, Angst.
22. „ : Körperlich geschwächte Konstitution und chirurgische Operation.

23. Fall: Ueberanstrengung, Sorge im Geschäfte.
24. „ . Tod des Kindes bei geschwächter Körperkonstitution.
25. „ : Sorge um den kranken Vater; Nachtwachen.
29. „ : Insolation bei geschwächter körperl. Konstitution.
36. „ : Gonorrhœ.
37. „ : Finanzielle Sorgen: dadurch verminderte Nahrungsaufnahme.

Frauen.

26. Fall: Familienstreit, Anæmie.
27. „ : Puerperium; Mastitis, Anæmie.
28. „ : Schlechter Ernährungszustand, Geldsorgen.
30. „ : Körperliche Krankheit, dazu Verdruss.
31. „ : Zorn, Schrecken während der Menses, Anæmie.
32. „ : Menstruationsstörung, Verdruss; Chlorose.
33. „ : Febris puerperalis; Anæmie.
34. „ : Puerperium, dazu Krankheit des Kindes.
35. „ : Typhus abdom.
38. „ : Profuse Menses; chlorotisch.
39. „ : Uterusblutung ex Tibromyome.
40. „ : Erste Menses, chlorotisch.

Dauer der Krankheit und Gewichtszunahme.

Männer.				Frauen.			
21. Fall	4 kg	in $3^1/_2$	Wochen	26. Fall	3 kg	in 15	Tagen
22. „	1 kg	„ 6	Wochen	27. „	2 kg	„ $3^1/_2$	Monaten
23. „	$3^1/_2$ kg	„ 1	Monat	28. „	4 kg	„ 1	Monat
24. „	$3^1/_2$ kg	„ 1	Monat	30. „	6 kg	„ 7	Wochen
25. „	$1^1/_2$ kg	„ 1	Monat	31. „	6 kg	„ $1^1/_2$	Monat
29. „	1 kg	„ 6	Tagen	32. „	5 kg	„ 1	Monat
36. „	5 kg	„ 2	Monaten	33. „	4 kg	„ $1^1/_2$	Monat
37. „	4 kg	„ 2	Monaten	34. „	2 kg	„ 5	Wochen
				35. „	12 kg	„ $2^1/_2$	Monaten
				38. „	8 kg	„ 3	Monaten
				39. „	8 kg	„ 4	Monaten
				40. „	2 kg	„ 2	Monaten

Durchschnittsdauer der Krankheit 2 Monate bei einer durchschnittlichen Gewichtszunahme von 4,2 kg.

Alter.

Männer.				Frauen.			
21.	Fall	21	Jahre.	26.	Fall	39	Jahre.
22.	„	49	„	27.	„	39	„
23.	„	35	„	28.	„	55	„
24.	„	21	„	30.	„	56	„
25.	„	30	„	31.	„	48	„
29.	„	30	„	32.	„	38	„
36.	„	22	„	33.	„	43	„
37.	„	25	„	34.	„	35	„
				35.	„	22	„
				38.	„	33	„
				39.	„	30	„
				40.	„	17	„

Durchschnittsalter aller 20 Fälle 33,9 Jahre.

2. Klinisches Krankheitsbild.

a) Vorkommen, Aetiologie, occasionelle Momente.

Das Vorkommen dieser Krankheit ist recht häufig und übereinstimmend geben die meisten Forscher den Prozentsatz derselben als ziemlich in der Mitte stehend zwischen der Melancholie und Manie an. Eine Berechnung auf 10 Jahre in den Anstaltsberichten der Basler Klinik beziffert dieselbe auf 3,7 %. Zweifelsohne wird heute dieser Prozentsatz noch um ein erkleckliches höher angegeben werden dürfen, nachdem dieses Krankheitsbild von verschiedenen Forschern eingehender erörtert und beschrieben worden ist. Was das Geschlecht anbetrifft, so ist die Disposition zur Erkrankung an akuter, hallucinatorischer Verwirrtheit bei den Frauen eine grössere und ich glaube kaum fehl zu gehen, wenn ich das Verhältnis den Männern gegenüber auf 2 : 1 beziffere. In Bezug auf das Alter ist es das kräftigste Alter von 20—40 Jahren, das Alter der Reife, das die meisten Erkrankungen liefert. Das mittlere Alter meiner hier angeführten Kranken stellt sich auf 33,9 Jahre. Von andern sind Fälle im 50. und 60. Altersjahre beobachtet worden, was dann die Mittelzahl natürlich etwas verändert.

Ueber Heredität existieren keine sichern Angaben in Zahlen; auf jeden Fall ist dieselbe bei der Verwirrtheit bedeutend geringer als bei der Paranoia. Ebenso wenig handelt es sich dabei um das regelmässige Vorkommen einer psychopatisch konstitutionellen Grundlage. Die Schädlichkeiten, die ätiologisch

eine Rolle spielen, sind gegenteils vorzugsweise erworbene, wenn auch oft schon frühzeitig.

Hauptsächlich sind es zwei Momente, auf die Wille hinweist und die auch meist bei unsern Krankengeschichten zutreffen:

a) Hemmung der geistigen und körperlichen Entwicklung im Kindesalter durch Krankheiten, Rachitis etc.

b) Die später erworbene neuro-psychopatische Konstitution, oder, wie Mayser sich ausdrückt, handelt es sich meist um Nervensysteme, „die lange vorher nutritiven Störungen ausgesetzt waren, durch vorangegangene fieberhafte Krankheiten, Geburten, Ernährungsstörungen“ etc.

Von Krafft-Ebing legt ebenfalls besonderes Gewicht auf diese Krankheit als postfebrile Psychose, weiters auf sexuelle und alkoholische Excesse. Meynert betont ätiologisch die starken Affekte, geistige und körperliche Ueberanstrengung, — durch Inanition und Schulüberbürdung erschöpfte Gehirne.

Auch hochgradige Schwächung des Nervensystems durch Onanie und andere geschlechtliche Excesse wird erwähnt (Kahlbaum), während Fürstner sie hauptsächlich als Puerperalpsychose auffasst.

Als occasionelle Momente kommen meistenteils gemütliche Erschütterungen in Betracht und zum Teil die gleichen Schädlichkeiten, die oben als prädisponierend angeführt worden sind, speziell: Blutverluste, Menstruationsstörungen, Puerperium, psychische Erregungen, Sorgen, Kümmernisse aller Art; weiters: Angst, Aerger, Schrecken, Zorn etc.

b) Definition, Symptomatologie, Verlauf.

Die akute hallucinatorische Verwirrtheit ist eine funktionelle Geisteskrankheit, die, akut beginnend, meist zuerst mit massenhaften Hallucinationen einsetzt, im weitern Verlauf in völlige Verworrenheit und dauernde geistige Unklarheit übergeht und von intercurrierenden hochgradigen Exaltationszuständen einerseits, oder Stupor andererseits begleitet ist.

Das wesentlichste Symptom, das der Krankheit geradezu ein charakteristisches Gepräge verleiht, ist eine mehr oder weniger tiefe Verdunkelung des Bewusstseins, welche von Ludwig als physiologisch notwendige Konsequenz der primären Sinnestäuschungen aufgefasst wird. Jedenfalls aber spielen Ernährungsstörungen des Gehirns hier die schwere Hauptrolle. Diese Bewusstseinstrübung erzeugt dann die Verwirrtheit und Unorientiertheit (Meynert), die Ungeordnetheit der Vorstellungen (Schüle), den Associationsmangel (Meynert), die Schwächung des Associationsmechanismus (von Krafft-Ebing), die Störung der Associationsthätigkeit (Serbski), die Regellosigkeit des Vorstellungslebens (Wille), die Incohærenz oder Dissociation (Ziehen). Es existiert eine völlige Desorientierung und derartige Schwäche und Unvollkommenheit der Perception, eine solche geistige Unklarheit und Unsicherheit, dass der Kranke gar nicht zu klaren Vorstellungen kommt.

Dabei handelt es sich nicht nur um eine Verwirrtheit des idées, sondern auch des actes. An dieses Symptom knüpft sich denn auch das fast gewöhnliche Fehlen von systematisierten Wahnvorstellungen, weil zur Bildung derselben eine gewisse Cohærenz nötig ist. Das nächste in die Augen springende Symptom

sind die Sinnestäuschungen. Als solche kommen sowohl Hallucinationen als Illusionen vor, und von den verschiedenen Bearbeitern dieser Krankheit ist bald auf die einen, bald auf die andern das grössere Gewicht gelegt worden; die meisten aber gehen einig in der Auffassung dieser Sinnestäuschungen als Reizerscheinungen. Die Hallucinationen bei der Verwirrtheit tragen meist den Charakter des Wechselnden, Flüchtigen, Zerfahrenen an sich, im Gegensatz zum konstanten Charakter derjenigen bei der Paranoia. Oft können die Sinnestäuschungen aber nicht einmal leicht nachgewiesen, oft sogar bloss vermutet werden. Unter den Störungen des Intellektes zeigt sich uns in erster Linie eine Schwächung oder gänzliche Umnebelung des Urteils, ein Mangel jeglicher Krankheitseinsicht; die ganze Umgebung existiert für sie nicht in der Wirklichkeit. Das Gedächtnis für Vorgänge sowohl vor der Erkrankung als während derselben ist meist erloschen und es existieren keine deutlichen, sichern Erinnerungsbilder; die tiefe Bewusstseinstrübung und der Einfluss der Illusionen machen diese Amnesie erklärlich. Wille betont dieselbe besonders von Krafft-Ebing gegenüber.

Die Exaltation bei der Verwirrtheit trägt einen mehr oder weniger ausgesprochenen maniakalischen Charakter. Die Kranken schiessen ziel- und planlos umher, gehen bald rückwärts, bald vorwärts, machen ungeschickte Sachen der verschiedensten Art. Ihre Handlungen haben nicht den mindesten Zweck, bald zeichnen sie etwas, bald reiben sie an sich herum, um sofort wieder auf etwas neues überzuspringen. Oft beobachtet man auch zwangsartige Bewegungen, die in einer gewissen Eintönigkeit und Einseitigkeit immer

wiederholt werden; dabei reden sie sinnlos allerlei untereinander, sich selbst immer widersprechend. Das Aufregungsstadium kann sich steigern bis zu furibunder Tobsucht.

Als recht häufig vorkommend muss weiter angeführt werden der Stupor — eine Hemmung oder gänzliche Ausschaltung des Vorstellungsablaufes mit verschieden gearteter motorischer Gebundenheit. Das Zustandekommen desselben wird auf verschiedene Weise erklärt. Meynert sagt: „Die Schwierigkeit des Zustandekommens von Associationen führe zum Stillstand des Associationsmechanismus. Eine Beschleunigung des Vorstellungsablaufes — Ideenflucht — kommt ebenfalls vor, wenn auch nicht konstant, verursacht wahrscheinlich durch das Massenhafte der plötzlich einwirkenden Hallucinationen. Sehr verschieden ist die Auffassung der Autoren über das Vorkommen der Affekte. Gewöhnlich beherrscht keine Grundstimmung den ganzen Krankheitsverlauf, wohl zeigt sich das Zerfahrene, Regellose, Unsichere, Vage, Haltlose, sich Widersprechende, Desorientierte auch bei diesem Symptome.

Bei der Massenhaftigkeit und Verschiedenheit der Sinnestäuschungen ist es ja nicht anders denkbar, als dass auch die Stimmung entsprechend umschlage. Hieher gehören dann auch die gar nicht selten vorkommenden, oft recht hochgradigen Angstzustände bei dieser Krankheit.

Hand in Hand mit diesen psychischen Krankheitssymptomen gehen oft auch körperliche Abnormitäten, von denen die wichtigsten sind: Zeichen von allgemeinem Kräftezerfall, Hinfälligkeit Müdigkeit, Abgemattetheit, Tremor, Schwanken, Herzschwäche,

Schwindel, besonders zur Remissionszeit etc. Weiters: Menstruationsstörungen, Appetitlosigkeit, Fœtus ex ore, Anæmie der Schleimhäute, Kongestionen zum Gehirn, vollständige Schlaflosigkeit oder umgekehrt Somnolenz, Krämpfe, Kopfschmerz etc. Auch Temperatursteigerungen im Anfangsstadium der Krankheit sind oft beobachtet worden.

Ueber den Verlauf der akuten Verwirrtheit ist folgendes zu sagen: Der eigentlichen Erkrankung geht ausnahmslos ein Prodromalstadium voraus von verschieden langer Dauer; dasselbe datiert oft auf ein paar Tage, oft auch etwas länger zurück. Wie in der Dauer ist selbes auch verschieden in seinen Aeusserungen. Meist sind es Veränderungen des Charakters, die der Umgebung zuerst auffallen, mürrisches, misstrauisches, oft auch reizbares, heftiges Wesen, verbunden mit Klagen über häufiges Kopfweh, kalte Füsse, Sausen in den Ohren, Druck im Hinterhaupt, verminderten Schlaf, häufigen unmotivierten Stimmungswechsel, Unlust zu jeglicher Arbeit. Im weitern Verlaufe steigern sich diese Symptome. Die Unlust zur gewohnten, früher liebgewonnenen Beschäftigung nimmt zu, der Kranke macht sich oft von der Arbeit weg, versteckt sich vor andern und wird menschenscheu. In diesem Stadium wird er dann oft nur für leicht melancholisch gehalten. Das Bild steigert sich aber immer noch: der Appetit geht verloren, ebenso der Schlaf; der Kranke fühlt sich zu Tode matt und elend, bekommt blaue Ringe um die Augen, magert sichtlich ab. Ist der Schlaf noch vorhanden, so wird er gestört durch schreckhafte Träume, plötzliches ängstliches Aufschiessen, Sehen von Geistern und Hören von Geräuschen etc. und erst nach einiger Zeit

beruhigt er sich wieder. Ahnungen bevorstehenden Unglückes werden nicht selten geäussert. Häufig bemerkt man bei diesen Kranken grosse Unentschlossenheit, Unsicherheit im Handeln, ein Hangen und Bangen, Umherschwanken, zerstreutes, unsicheres Wesen. Diese leichtere Art von Bewusstseinsstörung reicht schon ins Vorläuferstadium hinein. Sachen, die sie früher ganz gut gewusst und gekannt haben, entfallen ihnen plötzlich; auf Fragen vermögen sie nicht gleich zu antworten, wie wenn sie dieselben nicht verstanden hätten, sondern staunen vor sich hin, traumverloren, um dann von neuem zu fragen, was man gesagt hätte. Häufig auch beklagen sie sich bei andern über ihre Vergesslichkeit, „sie wissen gar nicht, was ihnen fehle.“

An dieses Vorläuferstadium anschliessend, setzt die Krankheit meist ganz akut, rasch, oft plötzlich von einem Tag zum andern ein, und zwar gewöhnlich mit einem mehr oder minder hochgradigen Aufregungszustand unter dem Einflusse von massenhaften Sinnestäuschungen. Die Unruhe steigert sich rasch und dazu kommt eine mehr oder weniger intensive sensorielle Störung, Unorientiertheit über Zeit und Ort, Verwirrtheit bis zum totalen Verkennen aller umgebenden Personen und Verhältnisse. Jetzt werden die Kranken gewöhnlich erst der Anstalt zugeführt. Der ersten grossen Aufregung und Verwirrtheit folgt nicht selten ein etwas ruhigeres Stadium, der Manie ähnlich. Dieses Aufregungsstadium in der einten oder andern Form, unterbrochen gelegentlich von unvermitteltem Stupor und Angstzuständen, kann Wochen und Monate andauern und entweder direkt in Genesung (35—40 % Genesene der Basler Klinik; Meynert giebt die Zahl

etwas höher an 40—43 %) übergehen oder aber in Remission, um später von neuem zu exacerbieren. Das letztere ist das häufigere.

Die Dauer der Krankheit ist eine unterschiedliche, oft tritt schon in 2—3 Wochen Heilung ein, oft erst in ebenso viel Monaten; das gewöhnliche ist das erstere, d. h. eine ziemlich rasche Genesung.

c) Prognose und Ausgang.

Entsprechend der Stellung dieser Krankheit als funktionelle Psychose, aber sich schon den organischen Formen mehr annähernd, ist ihre Prognose eine schwerere, dubiosere als bei der Manie und Melancholie. Freilich können einzelne, die Krankheit bedingende Schädlichkeiten, weil nur erworbene, wieder gut gemacht werden und mit der Kräftigung der körperlichen Konstitution, speziell desjenigen Teiles, der prädisponierendes Moment für die Krankheit war, fällt auch die Grundbedingung für dieselbe weg und dann heilen die Kranken, wie wir gesehen haben, ziemlich rasch. Es ist selbstverständlich, dass schwere konstitutionelle körperliche Leiden, Herzfehler etc., auch diese Krankheitsform, wie überhaupt jede Psychose ungünstig beeinflussen.

Der Ausgang der Krankheit ist neben Genesung in chronische Verwirrtheit, Dementia, oder, gar nicht selten, in Tod (Delirium inanitionis).

III. Der akute, hallucinatorische Wahnsinn.

1. Krankengeschichten.

Fall 41.

J. M., 26 Jahre alt, ledig, Hebamme, nicht hereditär belastet. Patientin entwickelte sich als Kind gut, war frohmütig, nicht aufgeregt, lernte gut in der Schule; stille und zurückgezogene Lebensweise, ohne menschenscheu zu sein: sie besuchte die Primar- und Sekundarschule ihres Heimatortes und half dann zu Hause in der Küche aus. Menses im 15. Altersjahre, regelmässig, ohne Krämpfe, immer sehr schwach, ohne psychische Alteration. Mit 20 Jahren Hotelmädchen, war man überall zufrieden mit ihr. Nach weitern 3 Jahren besuchte sie ein Jahr lang einen Hebammenkurs, strengte sich sehr an und absolvierte denselben mit sehr gutem Erfolg. In der Heimat übte Patientin nun diesen ihren Beruf aus und war alles zufrieden mit ihr; gelegentliches Nasenbluten. 2 Monate vor dem Anstaltseintritt machte Patientin einen Kochkurs in einer benachbarten Gemeinde mit, erkältete sich auf einem nächtlichen Heimgang bei stürmischem Wetter stark und acquirierte einen Rheumatismus articulorum acutus. Nach $1^1/_2$ Monaten Besserung, aber immer noch zeitweilige Rückfälle mit Fieber.

Zu dieser Zeit fiel der Umgebung auf, dass Patientin öfters nachts unruhig war, sich hin und her wälzte, plötzlich aufschrie und einmal sogar um Hülfe rief. Tagsüber war sie ruhiger. Zwei Tage vor dem Anstaltseintritt war sie auch über Tags sehr unruhig, hörte die Thüren gehen, sah einen Kopf vor dem Fenster und ängstigte sich, man wolle sie mit demselben verheiraten; floh dann davon und versteckte sich in ihrer Kammer unter dem Bette. Andern Morgens behauptete sie, sie hätte gesehen, wie ihr Bruder zwei Unbekannte ins Haus gebracht habe, die sie beide in einer Nacht missbraucht

hätten. Die Unruhe nahm jetzt stündlich zu, deshalb Ueberführung in die Anstalt.

Status præsens: Mittelgrosse, mässig anæmische, aber kräftig gebaute Person; rechte Hand- und Armgelenke mässig geschwollen, aber anscheinend nicht sehr schmerzhaft: Puls 120; Temperatur 37,9°; am Herzen nichts abnormes. Geistig ist Patientin über Zeit und Ort gut orientiert, hält sich aber nicht für krank, wird sehr aufgeregt, schimpft über ihre Verwandten, sucht alle Ecken des Zimmers ab, da ihr die Eindringlinge von zu Hause auch hieher gefolgt seien; bald ist sie heftig, bald bittend, immer ausserordentlich ängstlich. Gegen Abend erneuter Wutanfall; Patientin sieht wieder allerlei Gestalten am Fenster. vor denen sie sich offenbar gewaltig fürchtet; bedeckt ihre Augen, stampft mit den Beinen, schlägt einen Stuhl um, schreit „Meuchelmörder", „Teufel", „Schuft". Erst gegen Morgen etwas ruhiger. Die nächsten 2 Tage etwas ruhiger, aber immer hallucinierend, ängstlich. Am 3. Tage wieder sehr erregt, sieht den Teufel, der sie nehmen will, riecht Schwefel, hält sich für elektrisiert und meint immer, sie sei schwanger, lärmt und tobt und muss in die Zelle versetzt werden; dort verfolgen sie die gleichen Gestalten, sie schlägt an die Wände und schreit aus Leibeskräften.

Nach 8 Tagen Temp. 37°; Puls 80; etwas ruhiger, aber oft sich ängstlich verbergend, intensive Gesichts- und Gehörshallucinationen. Während dieser ganzen Zeit macht die Nahrungsaufnahme grosse Schwierigkeiten, da Patientin gesehen haben will, wie man ihr Gift hineingethan hat. Patientin bewegt oft die Lippen zu stillem Reden; 2—3 Tage äussert sie sich sehr wenig, halluciniert aber sichtbar weiter. Die Nächte immer unruhiger als Tags über. Nach 3 Wochen dauernd ruhiger; Patientin meint, sie werde jetzt nicht mehr geplagt und verfolgt. In der 4. Woche ziemlich abgemattet; giebt an, jetzt nichts mehr zu sehen und zu hören; einsichtig; beurteilt ihren Zustand ganz richtig und ist völlig lucide. Von da an stete Besserung.

Patientin wird geheilt entlassen nach 31 Tagen. Geistig völlig normal, aber körperlich noch schwach. Seither (7 Jahre) kein Rückfall.

Fall 42.

A. S., 30 Jahre alt, verheiratet, Hausfrau, wird eines Tages von der Polizei in einer Kirche aufgegriffen, wo sie sich sehr auffällig benahm, aufgeregt war, ängstlich umhersuchte und schliesslich laut schrie: „ihr Mann sei ermordet worden, es brenne zu Hause, und derselbe solle in den Fluss springen, damit die andern gerettet werden.“

Patientin wird hierauf sofort der Irrenanstalt zugeführt. Anamnestisch ergiebt sich durch die Anverwandten folgendes: Vater der Patientin lebt und ist gesund. Mutter leichte Trinkerin; keine weitern Geisteskrankheiten in der Familie. Patientin selbst wuchs in sehr ärmlichen Verhältnissen auf, machte als Kind einige Male Lungenentzündung durch, war und blieb stets körperlich schwächlich; geistig ordentlich begabt, lernte gut. Menses mit 14 Jahren, immer stark, früher regelmässig, nach der zweiten Gravidität unregelmässig. Mit 18 Jahren Heirat.

Das eheliche Leben gestaltete sich bald traurig; der Mann grob, die Frau zu Eifersucht geneigt; nicht selten Nahrungssorgen. Erste Geburt gut, zweite in der Klinik, schwer, seither entschieden schwächer. Vor 1 Monat Operation eines Kehlkopfgeschwüres in einem Spital; in der Nachbehandlung Fieber bis auf 39,2°; delirierte damals; erholte sich aber seither anscheinend ordentlich.

Seit 10 Tagen unruhiger, klagte sie besonders über religiöse Träume, die sie beunruhigten. Tagsüber vernachlässigte sie die Hausarbeit und studierte ebenfalls religiöse Bücher. Zwei Tage vor ihrer Ueberführung in die Anstalt will sie nachts über die Tochter einer Freundin reden gehört haben, „derselben würde der Kopf abgeschlagen, weil sie für die Sünden der Familie büssen müsse.“ Seither nahm die Unruhe immer zu bis zu der oben erwähnten Arretierung.

Status præsens: Kleine, ziemlich abgemagerte, leicht anæmische Person, ohne weitere körperliche Abnormitäten. Puls 110; Temperatur 37,6°.

Bei der Aufnahme ist Patientin ruhig, hat aber einen ausserordentlich ängstlichen Gesichtsausdruck; bald wird sie aber sehr unruhig, sieht 4 Teufel und ebenso viel Engel, kann sich aber das Bild nicht deuten; meint immer, jemand

laufen zu hören; auch sieht sie einen Mann ohne Kopf: „man drücke und belaste sie.“ Ueber Zeit und Ort ihres jetzigen Aufenthaltes ist sie aber gut orientiert: sie ist froh, hier geborgen zu sein.

Erste Nacht wenig Schlaf, schreckt viel auf und jammert: gegen Morgen lebhafter, geht auf und ab, hält krampfhaft die Hände über die Brust gefaltet, giebt wenig Antwort. Die nächsten Tage verlaufen relativ ruhig: sie ist aber sehr ängstlich, weinerlich, müsse unbedingt einen Pfarrer sprechen, halluciniert in einem fort, äussert vor sich hin murmelnd religiöse Wahnideen. „Christus wird sie retten“ etc.

Nahrungsaufnahme zufriedenstellend. Besonders nachts oder in der Abenddämmerung sieht sie oft wunderliche Gestalten an den Wänden, die ihr allerlei zurufen. Auch Hallucinationen des Geruchs sind nicht selten: oft riecht sie etwas aus ihrem Umschlagetuch heraus und bringt dann diese Gerüche mit Vorgängen in ihrer Familie in Verbindung. Eines Tages hörte sie, ihr Mann hätte den Pfarrer eingesperrt, damit er nicht zu ihr kommen könne; darauf hin grosse Erregung, Selbstvorwürfe, drängt lebhaft fort, lässt durchblicken, es bestehe ein Komplott gegen sie, spricht in pathetischer Weise „ein dreifaches Wehe“ über ihre Peiniger: sehr impressionabel, sogleich heftig. In der zweiten Woche Menses; zu dieser Zeit noch vermehrte Hallucinationen, gefolgt von grobem Schimpfen über Ungesetzlichkeiten, die man ihr anthue, über die Anstalt, Aerzte etc.

Anfangs der 5. Woche ruhiger. Schlaf vor allem besser, äussert weniger über „Gesehenes oder Gehörtes.“

Hallucinationen bleiben ganz aus: seither ruhiges Urteil. Gedächtnis gut erhalten über alle Vorgänge während der Krankheit. Gehörige Einsicht. Patientin giebt an, dass sie zur Zeit nach ihrer Operation (Fieber-Delirien) schon allerlei gesehen habe.

Heilung nach $1^1/_2$ Monaten.

Fall 43.

S. K., 24 Jahre alt, ledig, Metzger. Vater starker Potator; Onkel väterlicherseits Potator und geisteskrank. Mutter des Patienten Potatorin und epileptisch.

Patient selbst ist gut veranlagt, geistig geweckt, besuchte die Schulen seines Heimatortes bis zum 14. Altersjahre, war dann ein Jahr in der Landwirtschaft thätig und lernte hierauf das Metzgerhandwerk.

Keine nennenswerten Excesse in bacho et venere; lebte nüchtern. Vor 14 Tagen heftige Gemütsbewegung; seine Braut hetzte ihn gegen seine Eltern auf, an welch letztere er sehr anhänglich war: er solle doch nicht immer für die ganze Familie arbeiten, sondern an sich denken etc. Patient kam dadurch mit sich selbst in Zwiespalt, schlief nicht mehr gehörig, war nicht mehr recht bei der Arbeit, starrte viel vor sich hin, sprach oft laut mit sich, wurde ängstlich, arbeitete aber doch auf seinem Berufe weiter.

Ein Tag vor seiner Ueberführung in die Anstalt nahm die Aengstlichkeit zu, indem er Personen sah, die ihm angeblich nachstellten. Er sprang deshalb aus dem Bette, kleidete sich notdürftig an, sprang aus dem Fenster und irrte eine halbe Nacht ziellos umher.

Status præsens ergiebt keinerlei körperliche Abnormitäten: geistig ist er verschlossen, in sich gekehrt, will nicht recht mit seinen Gedanken ausrücken; kennt aber seine Umgebung ganz genau und macht auch einzelne Angaben über sein Vorleben ganz richtig. Die Augen sind krampfhaft geschlossen, nur hie und da gleitet ein Lächeln über sein Antlitz, ohne dass er aber etwas sagt; geht viel umher, bleibt dann plötzlich stehen, zwickert mit den Augen, benimmt sich ziemlich auffällig, ingnoriert seine Umgebung, sieht starr gegen die Decke und will sich offenbar verstecken. Nachts durch Hallucinationen ängstlichen Inhaltes stark geplagt.

Schon nach einer Woche hören diese aber auf und seither ist Patient ruhiger, lucide; Gedächtnis gut erhalten; beschäftigt sich. Patient giebt sicher an, dass er schon zu Hause meist nachts, aber auch oft bei der Arbeit Stimmen gehört habe, die ihn anscheinend verfolgten und die ihm grosse Angst einjagten. Anfangs habe er widerstehen wollen und geglaubt, er täusche sich, später aber sei es ihm zur Gewissheit geworden, dass ihm jemand nachstelle.

Patient hat vollständige Krankheitseinsicht und kann 20 Tage nach seinem Anstaltseintritt geheilt entlassen werden.

Fall 44.

J. Z., 27 Jahre alt, ledig, Köchin, hereditär nicht belastet. Patientin genoss ordentliche Schulbildung und ist geistig begabt, aber von etwas graçilem Körperbau.

Ein Monat vor dem Anstaltseintritt Erkrankung an akutem Gelenkrheumatismus: damaliges höchtes Fieber 39,8°; heftige Fieberdelirien. Seit 8 Tagen 37,9°, aber geistig verändert: nachts oft unruhig, Schlaflosigkeit, Appetitmangel, Schwindel, Kopfweh; stundenlanges Staunen, oft jammern, ohne dass sie sagt warum.

Vor 2 Tagen plötzliches Auftreten von Verfolgungsvorstellungen: ihr Bruder wolle sie töten. Sie nimmt deshalb keine Nahrung zu sich, fürchtend, dieselbe möchte vergiftet sein; Hallucinationen ängstlichen Inhalts. Nachdem sie nachts zum Fenster hinausgesprungen, Ueberführung in die Anstalt am 14. Januar.

Status: Körper klein, graçil gebaut; leicht anæmisch. Fieber 38. Geistig gut orientiert über ihre Umgebung; ängstlicher Gesichtsausdruck; sie will selbst gehört haben, dass ihr Bruder einer dritten Person gegenüber Mitteilung gemacht hat, er wolle sie vergiften; auch der Teufel hätte ihr das bestätigt; sie sieht den letztern täglich abends als grosser Hund. Nachdem sie das erzählt, läuft sie im Zimmer umher und sucht unter den Betten, zertrümmert eine Fensterscheibe und ruft um Hülfe.

16. Januar. Dasselbe Bild: sehr schlechter, unruhiger Schlaf; grosse Angst.

18. Januar. Grosse Erregung; den ganzen Tag hallucinierend; Fieber 37,5°. Gelenke nicht geschwollen.

20. Januar. Immer grosse Erregung: „tötet mich doch“; „dort kommt der Mörder!“ „er versteckt sich unter dem Bette.“ Patientin ist deshalb nicht zu bewegen, ihr Lager aufzusuchen.

23. Januar. Leicht ruhiger; gegen Abend kehren vermehrte Hallucinationen und damit grosse Unruhe zurück; etwas Schlaf; schreckt aber öfters empor.

25. Januar. Wirft die Suppe plötzlich weg: „sie rieche nach Salpeter,“ sonst gleich.

26. Januar. Ruhiger: „sie werde jetzt nicht mehr so geplagt.

27. Januar. Aeussert nichts mehr über ihren Bruder: sie ist „wie vom Himmel gefallen“: Gedächtnis erhalten; wie alles so gekommen, weiss sie aber nicht zu erklären.

30. Januar. Andauernde Ruhe: keine Hallucinationen mehr: Schlaf ordentlich.

10. Februar. Besserung hält an.

Wird nach 3 Wochen geheilt entlassen.

Fall 45.

M. A., 26 Jahre alt, ledig, ohne hereditäre Belastung: ruhige, stille Haustochter, in guten Verhältnissen lebend; geistig gut entwickelt, war bis jetzt nie krank. Menses im 18. Altersjahre, seither regelmässig, ohne Beschwerden. Seit einem Vierteljahr sehr angestrengt durch die Krankenpflege einer von typhus abdominalis befallenen Schwester. Vor acht Wochen wird Patientin von derselben Krankheit ergriffen. Verlauf der gewöhnliche mit abendlichem Fieber bis auf 40,1°. Seit 14 Tagen keine Fieber mehr; Patientin steht bereits auf und befindet sich ordentlich. Plötzlich vor 3 Tagen nachts wieder sehr ängstlich, ohne dass Fieber nachweisbar wäre; andern Tags morgens sehr erregt: „ein grosser bärtiger Mann verfolge sie“; will entfliehen, schlägt die Fenster ein und muss unter grossem Widerstreben der Anstalt zugeführt werden. Patientin ist bei der Aufnahme nicht verwirrt, sondern giebt, wenn auch abgerissen, einige Auskunft über ihr Vorleben; plötzlich läuft sie umher, hält sich die Ohren zu, sieht unter den Tisch; ihre Gesichtszüge zeigen grosse Aengstlichkeit: „dort ist er wieder, rettet mich vor ihm“; „weiche von mir, ich erkenne dich nicht!“ „verschone mich, o Herr!“

Nach sehr unruhiger Nacht morgens etwas ruhiger; giebt jetzt weniger Auskunft. Puls 80, Temp. 37,7°. Ist ganz von ihren Hallucinationen eingenommen, die heute einen weniger beängstigenden Charakter angenommen zu haben scheinen. Abends erneute Erregung; schaut das Bild des bärtigen Mannes im Bade und weigert sich deshalb, in dasselbe zu steigen.

Dieser Zustand dauert 8 Tage. Auch wenn sich Patientin nicht darüber ausspricht, glaubt sie doch jemanden im Zimmer zu hören, sieht dann überall nach und ist nachher doch nicht beruhigt. Phantasmata; Tiervisionen, die sie sehr beängstigen.

Nahrungsaufnahme bis jetzt ganz gut. Am 10. Tage viel ruhiger, aber doch verschlossen; deprimiert. Am 12. Tage freier; giebt an, heute nichts zu sehen. Hallucinationen bleiben von jetzt an zurück, damit wird Patientin ganz ruhig und lucide; sie giebt an, dass sie schon während ihrer Krankheit zu Hause ähnliche Dinge gesehen habe, wie in den letzten Tagen.

Heilung in 18 Tagen.

Fall 46.

M. Z., 37 Jahre alt, Landarbeiterin, verheiratet; hereditär nicht belastet. Patientin ist geistig gut entwickelt: ist im 18. Altersjahr erstmals menstruiert worden, seither regelmässig ohne Beschwerden.

Verheiratete sich im 26. Altersjahre. Ehe friedlich, ohne Sorgen, keine Kinder. Körperlich früher immer gesund. Vor 14 Tagen Erkrankung an Pneumonia crouposa mit ziemlich hohem Fieber. Die Krise trat, trotz dem Rückgehen der objektiven Symptome auf der Lunge, nicht ein und das Fieber, wenn auch nicht hoch, 38,2°, dauerte fort. Am 15. Tage gegen Abend wurde Patientin plötzlich sehr ängstlich, meinte, es stelle ihr jemand nach; meinte auch, es sei im Hause Schwefel verbrannt worden: später meinte sie, „es könne auch Zucker gewesen sein." Unruhe nahm stark zu, deshalb noch gleichen Tags Ueberführung in die Anstalt.

Status: Kräftige, gut gebaute, mittelgrosse Person. Puls 85; Temp. 38,1° (abends 6 Uhr). R. H. U. leichte Dämpfung und Rasselgeräusche. Sputum hellschaumig; keine Atmungsbeschwerden. Patientin giebt über Vorleben, Krankheit etc. gehörig Auskunft; will aber sicher gehört haben, dass man ihr nachstelle; ist deshalb sehr ängstlich: halluciniert sehr stark und will fort. Medizin will sie keine. Morgens viel ruhiger, aber gleichwohl ängstlicher.

Am 3. Morgen starker Schweiss; Temp. 37,6°; Puls 80; wenig Sputum; keine Schmerzen. Von jetzt an keine Temperatursteigerung mehr; in der Folge ist Patientin ziemlich deprimiert, halluciniert aber weiter; „auch das Essen riecht sehr stark"; im ganzen verschlossen; nachts aber meist sehr unruhig.

Nach 3 Wochen lassen die Hallucinationen nach; Patientin äussert jetzt auch keine Wahnvorstellungen mehr. Von da an ruhig, umsichtig, erinnert sich an alles während der Krankheit, wünscht ihren Mann zu sehen und verkehrt ganz vernünftig mit ihm; „sie hätte recht sehr gelitten und alles deutlich gesehen und gehört."

Heilung nach 30 Tagen.

Fall 47.

K. L., Hausfrau, verheiratet, geboren 1848. Aufnahme 1874.

Anamnese: Vater Potator. Als Kind hatte Patientin dentitio difficilis ohne Krämpfe. Geistig sehr gute Entwicklung und gute Erziehung; keine Charakter-Anomalien. Menses mit dem 12. Jahre, seither regelmässig, stark. Heirat im 30. Altersjahre; gute, friedliche Ehe. Die ersten 10 Jahre kinderlos. 1883 erste Geburt, 3 Tage dauernd. 1884 zweite Geburt, 2 Tage dauernd, Mädchen, starb an Meningitis, 1 Jahr alt. 1880 erkrankte Patientin zum erstenmale an akutem Gelenkrheumatismus; seither viel Schmerzen in den Gelenken. 1894, circa 9 Wochen vor der Anstaltsaufnahme, Influenza mit 40,1° Temperatur. Daran anschliessend neuerdings Polyarthritis rheumatica. Nach siebenwöchentlicher Dauer Besserung, Nachlass der Schmerzen; doch erhielt sich das Fieber immer noch auf 38,2°. Zu dieser Zeit, 10 Tage vor der Aufnahme, sehr unruhige Nächte. Patientin glaubte, die Leute über sich reden zu hören; meinte, man wolle sie vergiften und wurde deshalb sehr aufgeregt. Nachts stund sie wohl 20 Mal auf, indem sie meinte, es spreche jemand vor der Thüre. Patientin lässt sich gerne in die Anstalt überführen, indem sie hofft, ihre Verfolger könnten ihr nicht dorthin folgen.

Status: Starke ödematöse Schwellung der Beine; rechtes Handgelenk ebenfalls geschwollen, auf Druck schmerzhaft. Friesel am ganzen Körper. Herztöne rein, nur über der Pulmonalis systolisches Blasen. Puls 124; Temp. 38,2°. Geistig ist Patientin bei der Aufnahme lucid; über örtliche und zeitliche Verhältnisse, sowie über die Vergangenheit orientiert; halluciniert aber stark und äussert bald Vergiftungswahn; will z. B. keine Medizin nehmen.

Erste Woche meist stark erregt, hochgradig hallucinierend. Hört beständig ihren Mann über sich reden, oft auch andere; wittert ein Komplott gegen sich behufs Vergiftung; dadurch stark aufgeregt, schlägt gleich eine Scheibe ein, will sich nicht verbinden lassen; zittert am ganzen Leib vor Angst; schreit aus Leibeskräften um Hülfe und wird gewaltthätig.

2. Woche. Nicht wesentlich verändert: Menses verlaufen unter grosser Erregung; hat Todesahnungen: weint viel und ist sehr ängstlich. Temperatur 37,5°.

3. Woche: Dasselbe Bild; erwartet eine Vorladung vor Gericht; hat Schwefelgeruch aus dem Munde. Bei einem Besuche des Ehemannes äusserst gereizt, unzufrieden, schliesslich erregt.

4. Woche: Die Nächte immer sehr aufgeregt, Tags über etwas ruhiger; immer von Hallucinationen geplagt, ängstlich.

5. Woche: Sehr misstrauisch. Phantasmen. Verweigert oft die Nahrung. Stimmung sehr wechselnd. Temperatur 39,2°.

6. Woche: Aeussert unter grosser Erregung wieder Verfolgungsideen.

Erst in der 7. Woche Abnahme der sehr ängstlichen Hallucinationen; beschäftigt sich Tags über etwas mit Handarbeit; Schlaf noch sehr oft gestört. Wahnvorstellungen werden keine mehr geäussert. Keine subjektiven Schmerzen, bloss allgemeines Mattigkeitsgefühl. Wird ganz klar und ruhig. Patientin sieht jetzt auch frischer aus, blickt freier, antwortet prompt. Stimmung eher etwas depressiv. Keine Hallucinationen; von seite der Gelenke keine Schmerzen mehr. Gedächtnis gut und Krankheitseinsicht vorhanden. Menses verlaufen ruhig.

Entlassung geheilt, Ende der 8. Woche.

Fall 48.

B. E., Coiffeur, 38 Jahre alt, verheiratet. Stammt von einem trunksüchtigen Vater her; sonst nicht belastet. War intelligent und besuchte bis zum 16. Altersjahre die Schulen; guter Erfolg; geistig begabt. Kam dann in die Lehre und war man überall zufrieden mit ihm; hatte sich ein gutes Geschäft gegründet; Patient war früher nie krank. Hatte er etwas zu viel getrunken, was gelegentlich bei Anlässen vorkam, so war

er grob, anmassend. 25 Jahre alt verheiratete er sich; ein halbes Jahr vorher Gonorrhœ. Ein Jahr vor der Aufnahme hörte er Stimmen, begann Verfolgungsideen zu äussern; „man glaube, er halte es mit einem Mädchen, man verläumde ihn“; fürchtete sich vor einem Landjäger, der ihn immer verfolgen wolle, stand immer am Fenster, war sehr unruhig.

Nach 8 Tagen Rückgang dieser Störung spontan; seither wurde geistig nichts Abnormes mehr bemerkt bis 14 Tage vor der der Aufnahme. Er musste damals vor Gericht wegen eines in seinem Hause verübten Diebstahls; trank jedesmal sehr viel; glaubte von da an, die Landjäger sehen ihn mit scheelen Augen an, als wenn er den Diebstahl verübt haben sollte; der Arbeiter habe es auf sein Leben abgesehen; die Frau thue ihm des öftern Gift in die Suppe, selbe rieche darnach; auch hörte er einst ein imaginäres Gespräch zwischen seiner Frau und einem Maler; infolge dessen grosser Eifersuchtswahn. Gegen seine Frau wurde Patient äusserst heftig und schlug sie oft; sein sämtliches Geld nahm er zu Hause fort, gab es einem andern zum Aufbewahren; wich seiner Frau sichtlich aus; sprach auch mit seinen zwei Kindern nicht mehr und meinte, es sei ein ganzes Komplott geschmiedet gegen ihn. Sah, wie die Leute in der Wirtschaft auf ihn deuteten. Zureden half nichts. Vor einigen Tagen vermutete er in einer Frau den Landjäger, der ihn verfolgen sollte. Ueber seine Frau hatte er auch verschiedene Vorstellungen: Er hörte sie mit andern flüstern, z. B. „jetzt lebt der Chaib noch und ist gesünder als vorher“ etc. Die Suppe liess er chemisch auf Gift untersuchen; deshalb Ueberführung in die Anstalt.

Die erste Nacht dort verlief ganz ruhig; hörte Läuten in den Ohren; Hallucinationen sehr lebhaft; drängt fort, er müsse nach Zürich, Bern, Biel etc., um sein von ihm erfundenes Haarmittel zu verkaufen, versäume viel im Geschäfte; Stimmung ängstlich. Hallucinationen und Wahnideen scheinen schon nach den ersten 8 Tagen zurückzutreten; verkehrt viel mit andern; ist nicht reizbar. Besuch seiner Frau verläuft nach 14 Tagen sehr gut; keine Spur von Hallucinationen oder Wahnideen nachweisbar. Ist ruhig und beschäftigt sich, ohne etwas Krankhaftes zu äussern.

Wird geheilt entlassen nach sechswöchentlichem Aufenthalte.

Fall 49.

A. M., 22 Jahre alt, Haustochter, ledig, ohne Heredität, ist bis jetzt körperlich und geistig völlig gesund gewesen und hat sich gut entwickelt; lebt in ordentlichen Verhältnissen. Im Jahre 1891 Influenza mit sehr hohem Fieber, 40,1°, deliriert während dieser Krankheit viel nachts. Am 8. Tage der Erkrankung wird Patientin sehr ängstlich, sieht immer nach der Thüre, als ob sie jemanden erwarte: schreit plötzlich auf, klammert sich an ihre Mutter fest: „dort, dort: rettet mich!" Will aus dem Fenster springen. Sofortige Ueberführung in die Anstalt.

Status: Kräftig gebautes, gut entwickeltes Mädchen; keine körperlichen Abnormitäten. Puls 128; Temp. 39°. Patientin ist äusserst ängstlich und hält sich offenbar von jemanden verfolgt. Etwas ruhiger geworden, erzählt sie, sie hätte den Teufel gesehen, schon heute Nacht und jetzt wieder; er hätte sie gehöhnt und ihr gedroht, er werde sie mitnehmen: sie fürchte sich sehr; auch viele Tiere hätte sie gesehen und einen grossen Feuerschein.

Nachts sehr unruhig, geht oft an die Thüren; will keine Nahrung; sehr ängstlich, jammernd, seufzend. Diese Szenen wiederholen sich 8 Tage täglich. Tags über etwas ruhiger. Temperatur jetzt normal.

Anfangs der zweiten Woche viel ruhiger; äussert weniger mehr über ihre Hallucinationen: Blick freier, nicht mehr ängstlich.

Gedächtnis gut erhalten für alle Vorkommnisse während der Krankheit. Kann sich die Krankheit nicht erklären; sie sei eben stark geplagt worden durch das Gesehene und Gehörte. Eine gewisse Aengstlichkeit besteht fort, trotzdem keine Hallucinationen mehr da sind: „es sei eben zu grausig gewesen."

Wird nach 3 Wochen geheilt entlassen.

Fall 50.

A. C., Güterarbeiter, geb. 1850. Aufnahme 1892. Anamnese: Patient ledig, stammt aus hereditär nicht belasteter Familie; körperlich und geistig gut entwickelt. Im 20. Altersjahre gieng

er zur Eisenbahn und arbeitete seither dort zur vollen Zufriedenheit; ist ehrlich und unterstützt seine Eltern. Seit einem Jahr ziemlich viel Excesse in Alkohol, besonders an den Feiertagen.

Vor 14 Tagen war das zwei Tage hintereinander auch der Fall. Er hatte hierauf eine unruhige Nacht, erwachte ängstlich und in Schweiss gebadet; er meinte nämlich, gehört zu haben, dass eine ihm fremde Gesellschaft von ihm rede. Seither hält er sich für verfolgt; ist menschenscheu, vernachlässigt sogar seinen Dienst und hat Angst vor der Polizei. Oft kommt ihm auch der Gedanke, dass er selbst schuld sei an diesem Unglücke; eine Deutung oder Grund hiefür findet er aber nicht. Wird er in dienstlicher Angelegenheit zu seinem Chef gerufen, so fängt er an zu zittern, bekommt Angst und meint, jetzt breche das Unglück über ihn herein. Zwei Tage vor der Anstaltsaufnahme steigern sich Hallucinationen und Angst und weil er den Dienst nicht mehr versehen kann, wird er der Irrenanstalt übergeben.

Status: Körperlich durchaus nichts Abnormes nachweisbar; keine paralytischen Erscheinungen. Patient ist gut genährt; im Gespräch erweist er sich als nicht unintelligent und gibt über sein Vorleben befriedigende Auskunft, immer aber ängstlich umherblickend. Gegen Abend des ersten Tages steigern sich die Gehörshallucinationen stark und damit nimmt auch die Angst zu und die Erregung; meint, die Polizei sei wieder gekommen und wolle ihn der Anstalt entreissen; die Erregung schlägt dann in plötzliches Weinen um, hört den Teufel mit einem grossen Gefolge durch die Luft schwirren; bei seinem Bette hätten sie Halt gemacht; er sei jetzt verloren.

Andern Tags wesentlich ruhiger, besonders nach einem langen Bade; aber immer gegen Abend grosse hallucinatorische Erregung, so dass Patient oft isoliert werden muss. An eine Krankheit glaubt Patient nicht recht; er höre zu deutlich, dass über ihn geredet werde und dass man ihn verfolge; auch die Wärter der Anstalt hätten Uebles über ihn ausgesagt.

2 Tage lang ist Patient nun ordentlich ruhig und giebt gehörige Auskunft; eher depressive Stimmung; nachher von neuem hochgradige Hallucinationen wie das erste Mal; hat immer mit der Polizei zu schaffen und erwartet stündlich, von derselben ergriffen zu werden; er habe genau gehört,

was alles gegen ihn vorgebracht und gesagt worden sei; es sei deshalb unmöglich, dass er seinem Verhängnis entgehen könne; sieht oft stundenlang auf eine Stelle des Fussbodens; dort sei das Holz zweifellos dünner als an den übrigen Stellen, denn er höre hindurch, was im untern Zimmer über ihn geredet werde; lässt sich nicht im Bette halten, sondern will sich immer obiger Stelle nähern.

Nachdem diese Erregungsperiode circa 8 Tage gedauert, wird Patient plötzlich ruhiger, ist zufrieden, dass er wenigstens Tags über nichts mehr über sich reden hört. Die Nächte sind noch mitunter unruhig; er fängt aber doch an daran zu zweifeln, ob man mit dem Gerede ihn meine; vielleicht könnte es auch einen andern sein. Mit der Abnahme der Hallucinationen ist Patient auch weniger ängstlich, glaubt sich aber doch noch verfolgt.

Patient lässt sich jetzt auch zur Arbeit herbei und äussert sich oft, er könne nicht begreifen, wie er so dummes Zeug gehört habe; sein Chef sei ja ganz zufrieden mit ihm gewesen und im Grunde genommen, thue er niemanden etwas zu leide und er glaube nun auch nicht, dass ihm jemand nachgestellt habe. Vollständige Krankheitseinsicht.

Krankheitsdauer 3 Wochen; geheilt!

Statistik.

3 Männer: wovon 2 hereditär belastet.
7 Frauen: wovon keine hereditär belastet.

Aetiologische Momente.

Männer.

43. Fall: Heftige Gemütsbewegung.
48. „ : Alkoholexcesse.
50. „ : Alkoholexcesse.

Frauen.

41. Fall: Akuter Gelenkrheumatismus.
42. „ : Wundfieber.
44. „ : Akuter Gelenkrheumatismus.

45. „ : Typhus abdominalis.
46. „ : Pneumonie.
47. „ : Rheumatismus acutus; Influenza.
49. „ : Influenza.

Dauer der Krankheit.

Männer.		Frauen.	
43. Fall	20 Tage	41. Fall	30 Tage.
48. „	45 „	42. „	45 „
50. „	22 „	44. „	22 „
		45. „	18 „
		46. „	30 „
		47. „	60 „
		49. „	22 „

Durchschnittliche Dauer der 10 Fälle 31,5 Tage.

Alter.

Männer.		Frauen.	
43. Fall	24 Jahre alt.	41. Fall	26 Jahre alt.
48. „	38 „ „	42. „	30 „ „
50. „	42 „ „	44. „	27 „ „
		45. „	26 „ „
		46. „	27 „ „
		47. „	46 „ „
		49. „	22 „ „

Durchschnittliches Alter der 10 Fälle 31,8 Jahre.

2. Klinisches Krankheitsbild.

a) Vorkommen, Aetiologie, occasionelle Momente.

Die Krankheit ist eine ziemlich häufige, wenn auch bestimmte Angaben in Zahlen darüber heute noch fehlen; letzteres hauptsächlich aus dem Grunde, weil dieser Symptomenkomplex früher und teilweise auch jetzt noch unter andern Formen und Namen beschrieben ist.

Betreffend die Verteilung auf die beiden Geschlechter ist es unzweifelhaft, dass das weibliche Material bedeutend überwiegt. Auch hier weist das kräftigste Alter zwischen 20 und 40 Jahren am meisten Erkrankungen auf. Am häufigsten entwickelt sich das Symptomenbild des akuten hallucinatorischen Wahnsinns im Anschluss an akute Infektionskrankheiten und zwar oft direkt aus den Fieberdelirien oder auch erst im Remissionsstadium, sei es, dass febrile, toxische oder infektiöse Einflüsse die Ursache bilden. Besonders fallen in Betracht Influenza, akuter Gelenkrheumatismus, Typhus abdominalis, aber auch Pneumonie und Malaria.

Von Kräpelin werden als weitere, häufige Ursachen hauptsächlich zwei Momente angeführt:

a) Gesteigerter Alkoholgenuss;

b) Gemütsbewegungen, meist deprimierender Art.

Neben den genannten sind dann natürlich noch eine Menge Faktoren, die mitwirken können, wie zur Erzeugung von Geisteskrankheiten überhaupt: körper-

liche und geistige Ueberanstrengungen; ungeregelte Lebensweise, geschlechtliche Excesse etc. Von verschiedenen Autoren ist diese Krankheit auch beobachtet worden im Anschluss an Einzelhaft, besonders zur Anfangszeit derselben, der sogenannte Gefangenschaftswahnsinn.

b) Definition, Symptomatologie, Verlauf.

Der akute hallucinatorische Wahnsinn ist eine funktionelle Geisteskrankheit, die nach kurzem Vorläuferstadium, akut beginnend, unter den Erscheinungen hochgradiger Erregung oder depressiver Angst, auf der Grundlage massenhafter Sinnestäuschungen und dadurch hervorgerufener Verfolgungsideen meist nach kurzer, selten längerer Dauer in Genesung ausgeht.

Unter den Symptomen sind die Sinnestäuschungen in erster Linie zu nennen. Sie spielen beim Wahnsinn die Hauptrolle, sowohl Hallucinationen als Illusionen, sind primär, das wesentlich psychogenetische Element, beeinflussen die Stimmung, die motorische Erregung oder Hemmung, und sind meist ausserordentlich lebhaft.

Unter den Hallucinationen nehmen diejenigen des Gehörs die erste Stelle ein, doch kommen auch solche aller übrigen Sinne vor. Der Kranke sieht oder hört das betreffende deutlich; höhnende, drohende Stimmen spielen eine grosse Rolle; er wehrt sich gegen schreckliche imaginäre Gestalten, sieht den Teufel, seinen Verfolger in allen möglichen Formen und Verkleidungen etc. Tiervisionen sind nicht selten. Oft zwar sind die Angaben hierüber undeutlich, zurückhaltend.

Neben den Hallucinationen sind noch Phantasmen zu erwähnen, ein Zusammendichten von allem Mög-

lichen, das der Kranke dann als wirklich Erlebtes, Geschautes oder Gehörtes weitererzählt — ein ständiges Fabulieren und Dichten. Als primäres Symptom und Element ergiebt sich aus den Hallucinationen die Forderung, dass ihre Aetiologie mit derjenigen des hallucinatorischen Wahnsinns übereinstimme, d. h. dass, ätiologisch gesprochen, diejenigen schädigenden Ursachen, welche Hallucinationen hervorrufen, ebenfalls den akuten hallucinatorischen Wahnsinn bedingen. In der That ist das auch der Fall. Beweis dafür sind unsere Krankheitsfälle:

41 und 44, wo der akute Gelenkrheumatismus,
47 und 49, wo die Influenza,
43, wo das Wundfieber,
45, wo der Typhus abdominalis,
46, wo die Pneumonie

als ätiologisches Moment der geistigen Erkrankung aufgeführt sind. Bei allen diesen Krankheiten können Hallucinationen auftreten, sei es, dass dieselben durch das Fieber bedingt sind oder durch Infektion oder toxische Einflüsse, z. B. Alkohol, lang andauernde Medikation etc. hervorgerufen werden.

Die Folgen dieser lebhaften Sinnestäuschungen sind dann Wahnvorstellungen aller Art und jeden Inhaltes. Während die einen sich plötzlich direkt verfolgt glauben, jeden Augenblick für ihre eigene Sicherheit zittern, glaubt eine andere, „ihr Mann sei ermordet worden, er sei in den Fluss gesprungen, oder es brenne zu Hause.“ Wieder ein anderer meint, sein Geld sei ihm gestohlen worden, oder er werde geköpft werden. Noch ein anderer vermutet Gift in den Speisen und lässt sich deshalb zu gar keiner Nahrung herbei. Bei weitern äussern sich die Wahn-

vorstellungen mehr den Geschmackshallucinationen entsprechend, „es sei Schwefel im Hause verbrannt worden“ etc. In einem unserer Fälle spielt der Wahn eine grosse Rolle „die Geliebte sei ihm untreu geworden, halte es mit einem andern“ etc.

Wir sehen also eine grosse Mannigfaltigkeit im Auftreten der Wahnvorstellungen; „es giebt nichts, das beim Wahnsinn nicht vorkommen kann.“ Diese Bilder zeigen sich dem Wahnsinnigen ausserordentlich deutlich; die Kranken wissen oft, dass es Störungen oder Täuschungen sind und meinen, man hätte ihnen dieselben böswillig angethan, vermögen sich aber nicht Rechenschaft zu geben, wie das gekommen, sie können sich die Sache nicht erklären. Was den Charakter dieser Wahnideen anbetrifft, so sind sie im Gegensatz zu denjenigen bei der Paranoia nicht konstant, lassen sich nicht fixieren; das eine muss immer neuen Eindrücken weichen.

Das Verhalten der Perception ist oft ein gestörtes und werden Personen und Sachen dann nicht richtig empfunden und aufgefasst; gewöhnlich aber ist eine gewisse Lucidität vorhanden, der Wahnsinnige weiss immer, wo er ist, was um ihn her geht und was gehen sollte; er verwechselt gelegentlich nur seine Umgebung, weil er zu Illusionen geneigt ist.

Wesentliche intellektuelle Störungen sowohl im Urteil als im Gedächtnis bestehen nicht; das erstere ist gelegentlich nur insoweit einseitig beeinträchtigt, als Hallucinationen dasselbe subjektiv beeinflussen.

Ideenflucht ist nicht vorhanden: zwar ist die Aufmerksamkeit zeitweilig etwas abgelenkt, ebenfalls durch die Hallucinationen, aber die Kranken percipieren bald wieder.

Die Stimmung ist sehr wechselnd, mehr ängstlich, oft aber auch heiter und lustig. Das „Resignierte“ in der Stimmung ist ein Charakteristikum für den Wahnsinn; der Kranke denkt darüber nach, wie er es ändern könne, „wenn ihm die Leute den Teufelsspuck vormachen“, darüber gerät er dann zuerst in Zornaffekt, Schimpfen, zieht sich zurück und ergiebt sich schliesslich resigniert in sein Schicksal, in der Meinung, es könnte sonst vielleicht noch schlimmer werden.

Das Handeln der Patienten ist affektiv, nicht triebartig-impulsiv, oft sehr sonderbar, aber doch motiviert. Der wahnsinnige Hallucinant raisonniert, macht sich seine Gedanken über das, was er sieht und hört, über seine Umgebung und spricht sich darüber aus.

Der akute hallucinatorische Wahnsinn beginnt mit einem meist ganz kurzen, nur 2—3 Tage, oft auch etwas länger dauernden Prodromalstadium. Während demselben werden meist schon Charakteränderungen bei dem Patienten bemerkt, namentlich häufiger, unvermittelter Stimmungswechsel; Heiterkeit geht plötzlich in Nachsinnen, Staunen oder gänzliche Niedergeschlagenheit über und kann sich bis zu eigentlicher Menschenscheu steigern. Grosse Nervosität, Reizbarkeit, oft fürchtet sich der Patient vor seiner Umgebung; er zweifelt an der Richtigkeit von Gesehenem und Gehörtem. Sicher bestehen zu dieser Zeit schon nachts leichte, unbestimmte Hallucinationen oder Visionen, während der Patient tags über noch ganz davon frei ist. Es erklärt sich das ja leicht dadurch, dass nachts die äussern Reize schweigen und die innern präponderieren.

Plötzlich treten nun Sinnestäuschungen, meist schreckhaften Inhaltes auf. Von diesem Zeitpunkte

an beherrschen diese das ganze Leben und Handeln des Kranken; den ganzen ferneren Verlauf der Krankheit. Derselbe ist ein kontinuierlicher. Von Remissionen beim Wahnsinn kann man höchstens sprechen, wenn man dabei die Thatsache im Auge hat, dass die Kranken tags über meist viel ruhiger sind als nachts, und dass schweren Erregungsparoxysmen eine gewisse Mattigkeit und Ruhe nachfolgt.

In der Regel ist die Entwicklung des akuten hallucinatorischen Wahnsinns bis auf eine gewisse Höhe eine recht stürmische, um dann, oft ebenfalls ganz plötzlich wie beim Alkoholiker, oft langsamer nachzulassen. Mit dem Nachlass der Sinnestäuschungen tritt Ruhe ein und damit völlige Lucidität.

Ist der Nachlass nicht ein plötzlicher, so wird beim Kranken oft einige Tage hindurch ein Zustand innerer Unsicherheit beobachtet; das Gehirn vermag die lange bestandenen Eindrücke nicht auf einmal zu verwischen, sondern muss sich erst an die neue Situation angewöhnen. Wahnideen werden jetzt keine mehr geäussert.

Die Dauer der Krankheit ist immer eine kurze und berechnet sich nach Tagen oder wenigen Wochen.

c) Prognose und Ausgang.

In den meisten Fällen von akutem hallucinatorischen Wahnsinn ist die Prognose eine günstige und zwar im Sinne vollständiger Heilung und nachheriger Stabilität. Ungünstig beeinflusst wird dieselbe durch vorangegangene längere Verschleppung der Krankheit, durch frühere, lange Zeit hindurch stattgefundene Alkoholexcesse und allgemeine grosse Körperschwäche. In diesen letztern Fällen ist der Ausgang gewöhnlich

in chronisch hallucinatorischen Wahnsinn. Ausgang in Tod, wie bei der Verwirrtheit, ist äusserst selten.

V. Schlusssätze.

1. Die drei Krankheitsformen: akute Paranoia, akute Verwirrtheit, und der hallucinatorische Wahnsinn bilden jede für sich eine Krankheit sui generis. Beweis hiefür:

a) die vollständig verschiedene Grundlage, auf der sich die drei Krankheiten entwickeln;

b) der durchaus verschiedene Verlauf;

c) das verschiedene Verhalten der einzelnen Komponenten im einten und andern Krankheitsbilde zu einander.

2. Von diesen drei Krankheitsformen ist jede der Melancholie und Manie ebenbürtig, als gesondert zu betrachten und so unter die funktionellen Psychosen einzureihen.

Litteratur.

1. *Hoffmann,* Abgrenzung und Differenzialdiagnose der Paranoia. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 51, Heft 2.

2. *Snell,* Monomanie. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 22, pag. 368.

3. *Sander,* Originäre Verrücktheit. 1868.

4. *Westphal,* Vortrag an der 49. Versammlung der deutschen Naturforscher und Aerzte in Hamburg. Sept. 1876.

5. *Schäfer,* Bemerkungen zur psychiatr. Formlehre. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 36, pag. 254.

6. *Merklin,* Studium über die primäre Verrücktheit. Dorpat, 1879.

7. *Merklin,* Beziehungen der Zwangsvorstellungen zur Paranoia. Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd. 47.

8. *Frisch,* Die Verwirrtheit. Jahrb. f. Psychiatrie, 1880, Bd. II.

9. *Meynert,* Die akuten Formen des Wahnsinns und ihr Verlauf. Jahrb. f. Psychiatrie.

10. *Meynert,* Klinische Vorlesungen, 1890, pag. 33.

11. *Wille,* Die Lehre von der Verwirrtheit. Archiv f. Psychiatrie, Bd. XIX, Heft 2.

12. *Scholz,* Ueber primäre Verrücktheit. Berliner klinische Wochenschrift, 1880.

13. *Mayse,* Zum sog. hallucinatorischen Wahnsinn. Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd. 42, pag. 113.

14. *Jung,* Ueber die Verrücktheit. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 38, pag. 551.

15. *Mendel*, Paranoia. Eulenburgs Realencyclopädie.

16. *Werner*, Paranoia. Verlag von Enke, Stuttgart, 1891.

17. *Kahlbaum*, Katatonie.

18. *Serbski*, Ueber die akuten Formen von Amentia und Paranoia. Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd. 48, pag. 329.

19. *Schönthal*, Ueber die akute hallucinatorische Paranoia. Bd 48, pag. 652 Allg. Zeitschrift für Psychiatrie.

20. *Eikhold*, Festschrift.

21. *V. Krafft-Ebing*, Lehrbuch d. Psychiatrie. 1888.

22. *Schüle*, Klinische Psychiatrie. 1886.

23. *Salgo*, Compendium der Psychiatrie. 2. Aufl.

24. *Somer*, Diagnostik d. Geisteskrankheiten. 1894.

25. *Kräpelin*, Lehrbuch der Psychiatrie. 1893.

26. *Kirchhoff*, Lehrbuch der Psychiatrie, 1892.

27. *Del Greco*, Die hallucinatorische Verwirrtheit in Beziehung zu den verschiedenen Formen von Paranoia. Manicomio, Jahrg. VIII, Nr. 23.

28. *Fürstner*, Puerperalpsychosen. Archiv für Psychiatrie, 1876.

29. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 51, Heft 1. Verhandlungen des psychiatr. Vereins zu Berlin.

30. *Magnan*, Psychiatrische Vorlesungen. 1891/92.

31. *Lasègne*, Archiv de méd. Fib. 1852.

32. *Lèglas*, La Paranoia. Archiv d. Neurolog. 1887.

33. *Morel*, Etudes cliniques. 1852.

34. *Morel*, Traité des maladies mentales. 1860.

35. *Legrand du Saulle*, Le délire des persécutions. 1873.

36. *Chaslin*, La confusion mentales primitive. Anal. méd.-psycholog. IX.

37. *Emminghaus,* Allg. Psychopathologie.

38. *Jolly,* Ueber das Vorkommen von Fettembolie etc. Archiv f. Psychiatrie, Bd. 11, pag. 201.

39. *Schüle,* Ueber das Delirium acutum. Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd. 24.

40. *Scholz,* Handbuch der Irrenheilkunde. 1890.

41. *Ziehen,* Psychiatrie. 1894.

42. *Keraval,* Les délires plus ou moins cohérents, designés sous le nom de Paranoia. Archiv de Neurologie, n° 94, vol. XXVIII, 1894.

43. *Von Krafft-Ebing,* Ueber akuten Wahnsinn. Allg. Wiener med. Zeitung, Nr. 11, 1895.

44. *Beyer,* Zur Pathologie der akuten hallucinat. Verworrenheit. Archiv für Psychiatrie, Bd. XXVIII, Heft 1895.